Hoge Gezondheidsraad

AANBEVELINGEN INZAKE DE PREVENTIE EN HET BEHEER VAN PSYCHOSOCIALE RESTLETSELS NA INDIVIDUELE OF COLLECTIEVE NOODSITUATIES

OKTOBER 2017
HGR NR 9403

.be

COPYRIGHT

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Hoge Gezondheidsraad
Victor Hortaplein 40 bus 10
B-1060 Brussel

Tel: 02/524 97 97
E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Auteursrechten voorbehouden.
U kunt als volgt verwijzen naar deze publicatie:
Hoge Gezondheidsraad. Aanbevelingen inzake de preventie en het beheer van psychosociale restletsels na individuele of collectieve noodsituaties. Brussel: HGR; 2017. Advies nr. 9403

De integrale versie van dit advies kan gedownload worden van de website: **www.hgr-css.be**

Deze publicatie mag niet worden verkocht.

Hoge Gezondheidsraad

ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9403

Aanbevelingen inzake de preventie en het beheer van psychosociale restletsels na individuele of collectieve noodsituaties.

In this scientific advisory report on public health policy, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on preventing and managing long-term psychosocial effects in the wake of individual or collective emergencies.

These recommendations apply to all those involved (victims, witnesses, relatives, first responders) as well as to the general population.

Versie gevalideerd op het College van
Oktober 2017[1]

I INLEIDING

Begin 2017, heeft de Hoge Gezondheidsraad (HGR) van minister Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, een dringende verzoek ontvangen voor advies over "de psychologische opvang en ondersteuning na terroristische incidenten en hieraan gerelateerde rampsituaties". Dit verzoek gebeurde in het kader van de voorbereiding van het wetsontwerp betreffende de oprichting van het statuut van nationale solidariteit voor de slachtoffers van daden van terrorisme, de toekenning van een herstelpensioen en de terugbetaling van medische zorgen. Deze zorgen omvatten immers ook de geestelijke gezondheidszorgen die waarschijnlijk zullen moeten worden toegediend aan de slachtoffers en, in voorkomend geval, hun familie of naasten, om hen te begeleiden en te steunen in hun verwerkingsproces en om de daaruit voortvloeiende chronische psychologische stoornissen en disfuncties in verschillende levensdomeinen te beperken. Deze aanvraag was het voorwerp van een voorlopig tussentijds advies van de HGR dat in mei 2017 werd gevalideerd (CSS 9425).[2]

De HGR heeft daarna besloten om een volledig advies over de psychologische behandeling en begeleiding na individuele en collectieve noodsituaties op te stellen dat de antwoorden op de vragen van de minister bevat, maar zich daar niet toe beperkt.

[1] De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.
[2] CSS 9425 - Eléments de réponse sur la prise en charge et le soutien psychologiques après des incidents terroristes ou des catastrophes apparentées.

Het advies heeft de bedoeling om aanbevelingen te formuleren in verband met de preventie en de begeleiding van psychologische stoornissen als gevolg van individuele en collectieve noodsituaties voor alle betrokkenen, maar ook voor de algemene bevolking.

De betrokkenen zijn de personen die ter plaatse van een aanslag of andere ramp waren, hun familie en naasten, de getuigen en de hulpverleners - die een vorm van lijden hebben ontwikkeld en/of bij wie een specifieke nood aan begeleiding is ontstaan en / of bij wie het functioneren verstoord is: evenals andere personen naargelang de individuele evaluaties.
Alle betrokkenen moeten kunnen gebruikmaken van dezelfde hulpmiddelen, ongeacht de noodsituatie (individuele of collectieve).
Deze aanbevelingen hebben zowel betrekking op het organisatorische niveau (organisatie van het zorgtraject, opleiding van de professionele hulpverleners, registratie en evaluatie, communicatie) als op het individuele niveau (klinische zorg).

De doelstellingen van het advies zijn dus meervoudig en bestaan in de uitwerking van:

- organisatorische aanbevelingen over de wijze waarop men zich kan voorbereiden op dit soort gebeurtenissen en meer bepaald de opleiding van de betrokken professionele hulpverleners;
- aanbevelingen voor de beoefenaars in de gezondheidszorg in verband met de klinische behandeling van de betrokkenen (crisishulpverlening, identificatie van personen die specifieke steun nodig hebben, bepaling van de mogelijke hulpverlening);
- aanbevelingen over de communicatiewijze na een dergelijke gebeurtenis (met bijzondere aandacht voor kinderen);

Het advies HGR 9235[3] en daarop volgende adviezen betreffende nucleaire noodmaatregelen worden met meer concrete voorstellen voor psychosociale aanpak aangevuld.

Sleutelwoorden en MeSH descriptor terms

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Crisis intervention	Crisis psychology	Crisispsychologie	Psychologie de crise	Krisenpsychologie
	Psychotraumatology	Psychotraumatologie	Psychotraumatologie	Psychotraumatologie
Psychotherapy	Psychotherapy	Psychotherapie	Psychothérapie	Psychotherapie
Terrorism	Terrorist attack	Terroristische aanslag	Attentat	Terroranschlag
Mass casualty incident	Disaster	Ramp	Catastrophe	Katastrophe
Disaster victims	Victim	Slachtoffer	Victime	Opfer
	Care process	Zorgtraject	Trajet de soins	Pflegeverlauf
Therapeutics	Care	Opvang	Prise en charge	Versorgung
Child	Children	Kinderen	Enfants	Kinder
Communication	Communication	Communicatie	Communication	Kommunikation
Education	Formation	Opleiding	Formation	Ausbildung
Emergency Responders	First responders	Hulpverleners	Intervenants (de premier secours)	Rettungskräfte

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh.

[3] HGR 9235. Nucleaire ongevallen, leefmilieu en gezondheid in het post-Fukushimatijdperk: Rampenplanning. 2016

II METHODOLOGIE

Na analyse van de aanvraag hebben het College en de voorzitter van de werkgroep de nodige expertises geïdentificeerd. Op basis daarvan werd een ad-hoc werkgroep samengesteld die beschikte over expertise op het vlak van psychologie, traumapsychologie en psychosociaal management. De experts van deze groep hebben een algemene en ad-hoc verklaring inzake belangen ingevuld en de Commissie voor de Deontologie heeft het mogelijke risico op belangenconflicten geëvalueerd.

De HGR heeft aanbevelingen geformuleerd die gebaseerd zijn op enerzijds een review van de wetenschappelijke literatuur, die zowel in wetenschappelijke tijdschriften als in rapporten van ter zake bevoegde nationale en internationale organisaties (*peer-reviewed*) werd gepubliceerd, en anderzijds op de mening van de experts. Tevens werd rekening gehouden met het advies 9235, waarvoor dit advies ook een toegevoegde waarde inhoudt.
Na goedkeuring van de antwoorden door de werkgroep en door de permanente werkgroep "Geestelijke gezondheid" heeft het College ze in laatste instantie bekrachtigd.

III UITWERKING EN ARGUMENTATIE

Lijst van afkortingen

AEPSP	*Association Européenne de Psychologie Sapeur-Pompier*
APA	*American Psychological Association*
ASS	Acute stressstoornis
BDI	*Beck Depression Index*
BEP	*Brief Eclectic Psychotherapy*
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
CGT	Cognitieve gedragstherapie
CPT	*Cognitive Processing Therapy*
DASS	*Depression, Anxiety and Stress Scale*
DES	*Dissociative experience scale*
DSM	*Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*
EHBO	Eerste hulp bij ongevallen
EMDR	*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*
FiST	*Fire Stress Teams*
GHQ	*General health questionnaire*
HADS	*Hospital Anxiety and Depression Scale*)
HGR	Hoge Gezondheidsraad
IES-R	*Impact of event scale-revised*
KUL	Katholieke Universiteit Leuven
NET	*Narrative Exposure Therapy*
NICE	*National Institute for Health and Care Excellence*
NtVP	Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma
PDEQ	*Peritraumatic dissociative experiences questionnaire*
PSIP	Psychosociaal interventieplan
PTSD	*Posttraumatic Stress Disorder*
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
SS	*Seeking Safety*
SSRI	*Selective serotonin reuptake inhibitors*
ULB	*Université Libre de Bruxelles*
ULG	*Université de Liège*
UMons	*Université de Mons*
ZNP	Ziekenhuisnoodplan

1 Klinische aspecten

1.1 Slachtoffers en getuigen

In het zorgtraject na een potentieel traumatiserende gebeurtenis onderscheiden we drie belangrijke fasen:

- de impactfase (in principe tot 48 à 72 uur na de gebeurtenis, overeenstemmend met de twee dagen voorafgaand aan een eventuele acute stress stoornis, diagnosticeerbaar vanaf twee dagen na het gebeuren);
- de acute fase (4 tot 6 weken na de gebeurtenis);
- de chronische fase (in principe overeenstemmend met de periode van een maand die nodig is, volgens de DSM-5, vooraleer een PTSS kan worden vastgesteld).

Voor gebeurtenissen die een jarenlange impact kunnen hebben zoals nucleaire crisissen, die ook noodmaatregelen van lange termijn vereisen, kan een genuanceerder fasering noodzakelijk zijn en is sprake van een acute fase, zolang de dreiging voor mens en milieu aanhoudt, en van een herstelfase, die jaren kan duren (zie het advies HGR 9235, 2016).

1.1.1 Impactfase - gebeurtenis

In dit stadium is het Psychosociaal interventieplan (PSIP), dat onder andere gebaseerd is op het werk van Hobfoll et al. (2007) en op de richtlijnen van *het European Network for Traumatic Stress* in verband met de psychosociale zorg na een ramp (TENTS, 2008), van toepassing. Het omschrijft duidelijk de taken van de verschillende hulpverleners.

Tijdens de gebeurtenis zijn de eerste noden/behoeften zeer concreet en is het eerste doel de personen zo goed en zo snel mogelijk gerust te stellen. De basisveiligheid moet worden hersteld, voornamelijk door contact met het eigen sociale netwerk en vaak door concrete en materiële hulp en communicatie om de fysieke noden en behoeften te bevredigen (een telefoon kunnen gebruiken om naasten te bellen enz.). Op dat moment moeten ook verdwaalde en gedesoriënteerde personen worden opgevangen om hun veiligheid en hun bescherming te verzekeren.

In dit verband is het ook belangrijk dat de personen weten dat ze het de komende uren en dagen moeilijk kunnen krijgen en dat ze, als ze dat willen, kunnen beslissen om erover te spreken met professionele hulpverleners. Het is echter niet op dat ogenblik, wanneer nog niet voldaan is aan de behoefte van elementaire basisveiligheid en informatie, dat men moet doen aan “psychologische triage” en beslissen wie op langere termijn psychologische hulp zal nodig hebben. Het is wel een goed moment om hen alle nuttige informatie in verband met eventuele steun of psychologische follow-up te geven (folder zie punt 2.6.2).

1.1.2 Acute fase (periode tot vier à zes weken na de gebeurtenis)

De meeste personen die een potentieel traumatiserende gebeurtenis hebben meegemaakt, zullen in de uren of dagen erna waarschijnlijk acute stressreacties vertonen. Die verdwijnen meestal na een maand (maar die periode kan langer duren, meer bepaald als het klimaat van aanslagen aanhoudt en zich uitbreidt tot een groot aantal regio’s).

Tijdens dit ongeveer vier tot zes weken durende proces van terugkeer naar de vroegere toestand kan het nuttig zijn om te voorzien in begeleiding door professionele hulpverleners (in de eerstelijnszorg). Zij kunnen de personen informatie verschaffen en vaststellen of de symptomen spontaan afnemen dan wel of het risico bestaat dat ze chronisch worden. Het contact met een hulpverlener in de acute fase kan een gunstige invloed hebben door ervoor zorgen dat in een latere fase opnieuw contact wordt opgenomen.

Opsporing en het aanbod van psychosociale begeleiding van alle betrokkenen zijn belangrijk, want deze personen denken er niet altijd aan om een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg te raadplegen of weten niet waar ze terecht kunnen. Het schuldgevoel dat bepaalde personen hebben omdat ze zich slecht voelen hoewel ze niet gewond zijn of niemand verloren hebben, kan ook een obstakel vormen voor zorg (zie studie “IMPACT”).

In dit stadium is het dus belangrijk te herhalen dat de psychologische gevolgen van een dergelijke gebeurtenis frequent vooarkomen en dat daarom hulp en steun van de naasten nodig is. Sociale ondersteuning is belangrijk in de impactfase en de acute fase, zeker mbt het heropnemen van de “gewone routine”. De omgeving van een slachtoffer weet zelf meestal ook niet goed hoe te reageren, wat wel en wat niet te doen. Een psycho-educatiepakket voor de omgeving kan zinvol zijn.
De media kunnen ook worden ingeschakeld om de volgende boodschap te brengen: *“Na de gebeurtenis die u hebt doorstaan, zult u misschien moeilijke momenten ondervinden. Aarzel niet om hulp te vragen aan personen (naasten, vrienden, hulpverleners), waarvan u denkt dat ze u kunnen helpen. Hierdoor zal u sneller uw innerlijke rust terugvinden”*.

De betrokkene mag echter niet worden beschouwd als iemand met een aandoening. Het is vooral belangrijk om van bij het begin te mikken op secundaire preventie van de stoornissen. psychiatriseren of medicaliseren (voorschriften, werkonbekwaamheid) dient bijgevolg vermeden te worden.

Tijdens deze fase kunnen de symptomen wijzigen, verergeren of optreden. Als er tijdens deze periode symptomen aanwezig zijn, spreken we van acute stress. Afhankelijk van de klinische evaluatie en van de bekende risicofactoren kan er psychotherapeutische zorg worden voorgesteld.

In bepaalde gevallen blijven de reacties aanhouden en worden ze klinische symptomen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dan kan begeleiding door traumaspecialisten nodig zijn om de diagnose te stellen, de evaluatie uit te voeren en een aangepaste behandeling voor te stellen. Afhankelijk van de wens van de persoon moet er vervolgens hulp worden aangeboden die vrij toegankelijk moet zijn (zie punt 2.4 toegankelijkheid van de zorg).

1.1.3 Chronische fase - Mogelijke follow-up na 4 tot 6 weken

a) <u>Diagnose</u>

Bij bepaalde personen verdwijnen de symptomen van acute stress niet, maar blijven ze bestaan en ontstaat er PTSS met aanhoudende symptomen (10 tot 50 % van de gevallen - Vandentorren et al., 2017). Volgens de criteria van de DSM5 (APA, 2013) is een voorwaarde voor de diagnose van PTSS dat de persoon blootgesteld is geweest aan een traumatische ervaring, namelijk door rechtstreekse blootstelling, als getuige, als naaste van een direct slachtoffer of door herhaalde blootstelling aan het relaas van de traumatische gebeurtenissen in het kader van zijn werk. Er zijn vier soorten symptomen: herbeleving, vermijding, negatieve veranderingen in cognities en stemming, en hyperreactiviteit. De diagnose van posttraumatische stress kan pas worden gesteld na een maand. Als de symptomen meer dan zes maanden na de gebeurtenis optreden, spreken we van uitgestelde expressie. Om de diagnose te stellen is een klinisch interview nodig. Daarnaast kunnen ook gevalideerde meetinstrumenten worden gebruikt (bv. de DES[4], PDEQ[5], GHQ[6], IES-R[7] en PTSD-Checklists, en eventueel ook de HADS[8] of DASS[9]).

[4] DES : *Dissociative Experiences Scale*
[5] PDEQ : *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*
[6] GHQ: *General Health Questionnaire*
[7] IES-R: *Impact of Event Scale-Revised*
[8] HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*
[9] DASS: *Depression, Anxiety and Stress Scale*

De prevalentie van psychische stoornissen na een collectieve noodsituatie loopt sterk uiteen als gevolg van het specifieke karakter van elke gebeurtenis, maar ook van de verschillen in de gebruikte methodologieën, de getroffen populaties, de tijd die verlopen is sinds de gebeurtenis enz. Naar schatting zijn er een jaar na de gebeurtenis 20 tot 50% psychische stoornissen (Gezondheidsraad, 2006), terwijl de prevalentie van PTSS in het eerste jaar 1 tot 11 % bedraagt (Versporten et al., 2006). Omdat kwaad opzet of menselijke verantwoordelijkheid bovendien een factor is die meespeelt bij de evolutie van PTSS ligt de prevalentie hoger kort na een aanslag (25% tot 35% bij directe slachtoffers van aanslagen) (AEPSP, 2017).

b) Risicofactoren

De reactie op een traumatische gebeurtenis varieert sterk, hetgeen het zeer complex maakt om te voorspellen hoe een psychologisch trauma vervolgens zal evolueren en dus ook om adequaat en snel te behandelen.
In de literatuur werden echter verschillende voorspellende factoren aangetoond van PTSS. Een synthese daarvan is te vinden in het rapport over de impact van de ramp van Gellingen (Versporten et al., 2006). Dat rapport vermeldt dat de onmiddellijke reacties op het ogenblik van de gebeurtenis, zoals peritraumatische dissociatie, extreme angst, paniek en negatieve emoties, belangrijke voorspellende factoren van chronische symptomen blijken te zijn.
Peritraumatische dissociatie zou één van de voornaamste indicatoren zijn, hoewel ze vaak gepaard gaat met andere symptomen; (Van der Velden et al., 2006; Bryant et al., 2010). Hierbij treden dissociatieve symptomen op (wijzigingen op cognitief vlak of van de zintuiglijke functies) tijdens of onmiddellijk na de blootstelling aan een extreme situatie.
Uit de literatuur blijkt ook dat eerdere gevoeligheden, maar ook of men fysiek gewond is andere voorspellende factoren van de ontwikkeling van PTSS vormen (De Soir et al., 2014; De Soir et al., 2015a; De Soir et al., 2015b) en in het bijzonder van het chronisch worden ervan.
De negatieve emotionele symptomen (angst, onmacht, afgrijzen enz.) die tijdens of onmiddellijk na de traumatische gebeurtenis optreden, lijken eveneens belangrijke voorspellende factoren te zijn.
Men is het erover eens dat bepaalde kenmerken die verband houden met de gebeurtenis (de intensiteit, de frequentie enz.) of met de persoon (bijvoorbeeld zijn psychiatrische voorgeschiedenis) een rol kunnen spelen, maar het verband met het ontwikkelen van een psychologisch trauma is niet altijd duidelijk en is dat nog minder voor andere factoren. Bovendien hebben bepaalde auteurs aangetoond dat de impact van de interindividuele variabiliteit afhangt van de ernst van de gebeurtenis: de individuele aanleg speelt immers een grotere rol als de stressvolle elementen in verband met de gebeurtenis minder ernstig zijn (McNally, 2009; McNally & Robinaugh, 2011). Volgens deze theorie is de interindividuele variatie van gevoeligheid voor PTSS groter als iemand wordt geconfronteerd met minder zware traumatische gebeurtenissen, het geen overeenkomt met de situaties die de meeste slachtoffers in onze maatschappij hebben meegemaakt. Voor terreuraanslagen mag er dus worden uitgegaan van een kleine interindividuele variabiliteit inzake kwetsbaarheid voor de ontwikkeling van PTSS, gezien de grote mate van bedreiging, ervaren gruwel en doodsangst van alle betrokkenen. Deze hypothese wordt echter nog maar pas getoetst (Breslau et al., 2013) en recente studies stellen dit verband tussen de ernst van de gebeurtenis en de invloed van een zekere individuele aanleg voor PTSS ter discussie (intelligentie in Breslau et al., 2013 en al bestaande stoornissen en de psychopathologie van de ouders in Breslau et al., 2012).

Tot slot lopen vrouwen twee keer meer risico op de ontwikkeling van PTSS dan mannen. Deze vaststelling wordt algemeen aanvaard in de wetenschappelijke literatuur (Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1998; Tolin & Foa, 2006; Irish et al., 2011). De verklaring voor het verschil in gevoeligheid voor PTSS tussen mannen en vrouwen zou meer bepaald liggen bij verschillen op het vlak van de perceptie van de dreiging, de dissociatieve processen, de copingstijl en de sociale ondersteuning (Olff et al., 2007).

Deze voorspellende factoren van het risico op de ontwikkeling van chronische symptomen mogen uiteraard niet worden gebruikt als criteria voor de toegang tot de zorg, maar geven een indicatie wie het hoogste risico op PTSS heeft.

Voorts kunnen de betrokkenen na een potentiele traumatiserende ervaring ook andere stoornissen ontwikkelen zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen (gegeneraliseerde angststoornis, agorafobie, paniekstoornis) of verslaving (psychotrope medicatie, alcohol) (Vlahov, 2002; De Soir et al., 2015a).

Uit de eerste resultaten van de **studie** "**IMPACTS**" blijkt dat de betrokkenen zes maanden na de gebeurtenissen nog altijd grote psychotraumatische gevolgen ondervinden: bijna vier op de tien personen hebben minstens één psychische stoornis: posttraumatische stress (20 %), majeure depressie (20%), angststoornissen (30 %). Ook getuigen die niet rechtstreeks bedreigd werden, vertoonden psychische stoornissen na zes maanden (12,2% van de getuigen die ter plaatse waren, hadden PTSS en 30 % van de getuigen die in de buurt waren, hadden angststoornissen en/of een depressie). Er werden ook gevolgen op de algemene gezondheidstoestand (slaaphygiëne, (genees)middelengebruik), het sociale leven, het gezinsleven en het werk aangetoond. Het is dus belangrijk om de zorg niet te beperken tot de directe slachtoffers.

c) <u>Interventies</u>

1. Studie van de literatuur

Er zijn heel wat beschikbare aanpakken van PTSS voorhanden de welke verschillen in duur en aantal sessies maar ook in het aantal en diversiteit van de opgenomen interventies (Schnyder et al., 2015).

Experten m.b.t. interventiestudies naar aanpak van trauma hebben 3 kerninterventies geïdentificeerd die voorkomen over therapeutische strekkingen heen (Schnyder et al., 2015):

- psycho-educatie met de nadruk op het aanbieden van informatie over de aard en duur van posttraumatische stressreacties, hoe omgegaan kan worden met deze reacties en stressmanagement;
- emotieregulatie en coping: vaardigheden aanleren om de hevige reacties op te vangen of te "containen";
- cognitieve verwerking wat kan gaan van exposure tot betekenisgeving en herstructurering.

De ***American Psychological Association*** **(APA)** heeft in februari 2017 een "*Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*" gepubliceerd (APA, 2017). Deze richtlijn is gebaseerd op een analyse van een grondige en onafhankelijke systematische literatuurreview.

De volgende psychotherapeutische interventies worden sterk aanbevolen (omdat deze therapieën veel effect hebben) voor volwassenen met PTSS:

- cognitieve gedragstherapie (CGT);
- cognitieve verwerkingstherapie (*Cognitive Processing Therapy* of CPT): dit is een vorm van CGT die erop gericht is om in twaalf sessies de gedachten over de traumatische ervaring te veranderen;
- cognitieve therapie;
- "*Prolonged Exposure Therapy"*, een vorm van CGT die erop gericht is te leren omgaan met de herinneringen aan het trauma in plaats van ze te vermijden. Dat gebeurt via denkbeeldige en in-vivo blootstelling.

Andere soorten therapieën worden gesuggereerd (matig effect): "*Brief Eclectic Psychotherapy* (BEP)", "*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*" (EMDR) en "*Narrative Exposure Therapy*" (NET). Met het oog op recentere gegevens vermeldt de richtlijn echter dat deze twee laatste therapieën in toekomstige analyses eventueel een hogere aanbeveling kunnen krijgen.

Voorts toont deze analyse aan dat er niet genoeg bewijs is om het gebruik van "*Seeking Safety"* (SS) of ontspanning (en relaxatie) aan te bevelen als specifieke behandeling van een psychologisch trauma.

Voor medicatie suggereert de richtlijn het gebruik van fluoxetine, paroxetine, sertraline en venlafaxine (matig effect). Voor het gebruik van risperidone of topiramaat is er niet voldoende evidentie.

De richtlijn doet bovendien geen aanbeveling over de keuze van het gebruik van psychotherapie of medicatie in de eerste lijn. Er is immers niet voldoende bewijs dat één van beide doeltreffender is. De klinische beoordeling, de context waarin de patiënt dient te functioneren, de voorkeur van de patiënt en ook de respons van de patiënt op de maatregelen vormen dus belangrijke factoren om de behandeling (psychotherapie, psychofarmacologie of gecombineerde behandeling) aan te passen.

Tot slot toont de richtlijn ook het belang aan van de factoren die verband houden met de patiënt, de therapeut en de relatie tussen beiden op het resultaat van de behandeling.

Het ***National Institute for Health and Care Excellence*** **(NICE)** heeft ook een klinische richtlijn over de beheersing van posttraumatische stress opgesteld (NICE, 2005, herzien in 2014). Deze richtlijn doet de volgende aanbevelingen:

- een behandeling die focust op het trauma (CGT of EMDR) moet individueel worden aangeboden, ongeacht hoeveel tijd er verstreken is sinds het trauma;

- deze therapie moet (als er maar één trauma is) bestaan uit acht tot twaalf sessies van 90 minuten, één keer per week. De behandeling kan meer dan twaalf sessies omvatten als er meerdere problemen moeten worden aangepakt. Specifieke sessies kunnen ook nuttig zijn om de therapeutische alliantie te ontwikkelen;
- farmacotherapie moet niet worden gebruikt in de eerste lijn, maar als secundaire behandeling.

Wat betreft de farmacologische behandelingen heeft de British Association of Psychopharmacology in 2014 een richtlijn gepubliceerd: "*Evidence-based* pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder". Deze richtlijn beveelt het gebruik van SSRI's aan (paroxetine, sertraline, venlafaxine) als eerste keuze.

2. Aanbevelingen

De HGR raadt aan de nodige voorzichtigheid in acht te nemen, de bovenstaande richtlijnen te gebruiken als leidraad en daarbij nooit te vergeten dat de therapeutische alliantie een essentiële factor vormt in de interventie. Het is inderdaad mogelijk dat de aanbevelingen in deze richtlijnen vertekend zijn aangezien cognitieve gedragstherapie het vaakst wordt bestudeerd. Hoewel het belangrijk is om kwaliteitszorg te bieden en kwakzalvers en onbetrouwbare methodes te vermijden, mogen behandelingen dus ook niet te systematisch worden voorgeschreven maar altijd volgens de individuele behoeften.

Op basis van de bestaande wetenschappelijke evidentie en in overeenkomst met adviezen uit andere landen (OMS, 2013) geeft desalniettemin de HGR de voorkeur aan CGT en EMDR voor de behandeling van PTSS en wordt farmacotherapie niet aanbevolen als eerstelijnsbehandeling.

1.1.4 Groepstherapie

De NICE-richtlijn beveelt aan om de behandeling van PTSS op individuele basis uit te voeren.

Hulpgroepen kunnen echter nuttig zijn (meer bepaald voor psycho-educatie) indien er begeleiding is door professionele hulpverleners, de doelstellingen en het kader goed omschreven zijn en de duur goed in het oog wordt gehouden (National Audit Office, 2006; Dyregrov et al., 2011; Eyre & Dix, 2014).

Groepstherapie is ook geschikt voor personen die elkaar reeds kennen en hetzelfde hebben meegemaakt, bijvoorbeeld het metropersoneel dat ter plaatse was tijdens de gebeurtenis. Het gevoel van verbondenheid en solidariteit is gunstig en het is heel belangrijk dat het bedrijf en de chefs zich inzetten voor de organisatie van deze hulp. Bij deze groepen moet echter voorzichtig te werk worden gegaan als er eerder conflicten waren of een werknemer verantwoordelijk is.
In de andere gevallen is contact met andere personen die hetzelfde hebben meegemaakt précair, aangezien dit tegelijkertijd een belangrijke risicofactor voor het chronisch worden van de symptomatologie. Vermoedelijk bevordert het gevoel hetzelfde lot te delen (beleving van dezelfde ramp, wederzijds begrip enz.) deze contacten omdat ze een veilig kader bieden waarin niemand iets hoeft uit te leggen of zich moet verantwoorden.

Hoewel de band stoelt op de eigenlijke ervaring, bestaat het risico dat de contactgroep niet helpt om de ervaring te boven te komen, maar er een identiteitsgegeven van maakt waar men niet meer los van geraakt. Dat druist volkomen in tegen het doel van elke vorm van therapie, namelijk de bevrijding van de fixatie op het trauma en opnieuw in staat zijn om te investeren in een nieuwe toekomst.

De groep kan dus nuttig zijn, vooral om sociale erkenning te bevorderen en als hulp bij de administratieve rompslomp of om erkenning of gehoor te krijgen (bijvoorbeeld bij justitie). Tegelijk kan de steungroephet risico verhogen dat het individu zich identificeert met het slachtofferstatuut met inbegrip van de ontwikkeling van een algemene wrok tegenover de maatschappij kan voeden (proces van secundaire victimisatie).
Als slachtoffers van een ramp toch een groep willen oprichten, kan het nuttig zijn dat ze zich baseren op de brochure van de "Stichting Impact – Landelijk Centrum voor Psychosociale Zorg bij Rampen" (Arq Psychotrauma Expert Group, Diemen, Nederland) over dit onderwerp ("*Samen slimmer, samen sterker*!").

1.1.5 Zelfhulp

De HGR raadt geen middelen voor "zelfhulp" van PTSS op individuele basis of in groep aan (bijvoorbeeld op basis van wat via e-therapy beschikbaar is op het internet). Het is nodig dat bevoegde en opgeleide professionele hulpverleners in interactie kunnen treden met de personen, want de therapeutische relatie speelt een belangrijke rol bij het slagen van de behandeling. Zoals eerder aangehaald zijn een duidelijk contactpunt en degelijke informatiebronnen aanbevolen zodat slachtoffers op gelijk welk moment antwoorden kunnen vinden op hun vragen en weten bij welke professionele hulpverleners ze terecht kunnen.

1.1.6 Kinderen

Zoals ook bleek uit de meer recente analyse van het nucleair ongeval in Fukushima vormt de impact op kinderen een grote uitdaging.

Bij kinderen die een potentieel traumatiserende gebeurtenis meemaken of getuige zijn van iemand anders (vooral uit hun naaste omgeving) die een traumatische ervaring meemaakt, kan een acute stressstoornis (ASS) of PTSS optreden naast de gebruikelijke symptomen (herbeleving via nachtmerries, flashback, vermijding, neurovegetatieve hyperarousal enz.). Deze verloopt anders dan bij volwassenen, onder andere met regressie van de ontwikkeling en het gedrag, secundaire enurese (onwillekeurige urinelozing) en eetstoornissen (Cohen et al., 2004; Fremont et al., 2005; Josse, 2011; Olliac, 2012; De Soir et al., 2014; Alisic et al., 2014; Vila, 2016; Salmona, 2017). Deze kinderen spelen ook soms spelletjes of maken tekeningen waarin de traumatische gebeurtenis of aanverwante thema's telkens weer worden uitgebeeld (Romano et al., 2008; DSM5 – APA, 2013). Ze kunnen bovendien ook agressief, storend gedrag vertonen (agressiviteit, prikkelbaarheid, woedeaanvallen enz.) dat ten onrechte kan leiden tot een diagnose van gedragsstoornis en dus tot een foute behandeling. Al deze symptomen verschillen natuurlijk van elkaar volgens de gebeurtenis, het geslacht en de leeftijd van het kind op het ogenblik van de gebeurtenissen. Bepaalde symptomen zullen van korte duur zijn en moeten pas als pathologisch beschouwd worden wanneer ze voor langere duur aanwezig blijven en de harmonieuze ontwikkeling van het kind belemmeren.

De diagnose is soms ook moeilijker te stellen omdat kinderen dingen niet zo gemakkelijk onder woorden kunnen brengen en de symptomen vaak niet spontaan vermelden. Er is ook een risico dat de ouders het lijden ontkennen of dat ze zelf PTSS hebben.
Kinderen en adolescenten kunnen op verschillende manieren reageren ten opzichte van grootschalig geweld of terrorisme (Pynoos & Nader, 1993; Pfefferbaum et al., 1999; Pfefferbaum et al., 2000; Dewolfe, 2001; Williams, 2007), zoals bv.

- jonge kinderen (1 - 6 jaar): moeilijkheden om te praten over de gebeurtenis, nachtmerries, regressieve symptomen enz.
- kinderen in de schoolgaande leeftijd (6 - 11 jaar): repetitieve spelletjes, agressief gedrag, desinteresse voor de activiteiten, slechtere prestaties op school enz.
- adolescenten (12 - 18 jaar): depressie, sociaal terugtrekgedrag, wraaklust, slaap- en eetstoornissen enz.

1.2 De hulpverleners

De hulpverleners van de spoedhulpdiensten worden heel sterk blootgesteld aan stress tijdens gebeurtenissen met vele gewonden of doden. Bij hulpverleners bedraagt het risico op PTSS naar schatting 8-10% (AEPSP, 2017). Uit een studie blijkt meer bepaald dat twee tot drie jaar na de aanslagen van 11 september 2001 de prevalentie bij de hulpverleners 12,4% bedroeg (Perrin 2007). Na de aanslagen van Londen in 2005 had 6 % van de ambulanciers PTSS (Misra 2009).
Omdat het risico op aanslagen blijft bestaan, riskeert de blootstelling van de hulpdiensten aan potentieel traumatiserende gebeurtenissen bovendien toe te nemen. Het is dus belangrijk om rekening te houden met deze risico's en te zorgen voor preventie- en begeleidingsstrategieën.

De *Association Européenne de Psychologie Sapeur-Pompier* (AEPSP) heeft in 2017 op vraag van de Direction Générale de la Sécurité Civile aanbevelingen voor de preventie en het beheer van de psychologische risico's na aanslagen voor de brandweermannen gepubliceerd.

Vóór de interventies is primaire preventie essentieel, meer bepaald via de opleiding (zie punt 2.5.1.), maar ook via het beheer van de psychosociale risico's (zie de wet van 28 februari 2014 en van 28 maart 2014 en het KB van 10 april 2014 op de preventie van psychosociale risico's op het werk en het advies 9339 "Burnout en werk" van de HGR; 2017).

Volgens deze aanbevelingen is het belangrijk om binnen 72 uur na de interventies zo snel mogelijk een psychologische balans van de impact van de interventie op te stellen voor elke hulpverlener op basis van een geëigend systeem voor het meten van de impact van traumatogene, depressogene en uitputtend interventies zoals dat gebruikt wordt binnen de *Fire Stress Teams* (FiST) van de brandweer. Afhankelijk van de resultaten, is het ook belangrijk om activiteiten voor individuele- en collectieve ondersteuning te organiseren onder de vorm van een nabespreking van de interventies met het oog op cognitieve herstructurering, emotionele ventilatie, psycho-educatie en collegiale ondersteuning. De ondersteuning kan in groep (voor organieke, samengestelde groepen die op het terrein hebben samengewerkt) worden voorzien met als doel psychologische stabilisatie, emotionele ventilatie en fysieke recuperatie. Daarbij moet erop worden gelet de emoties in de groep in de 24 uur na de gebeurtenis niet te laten oplopen door ze te vroeg te willen analyseren.

In navolging met de aanbevelingen van internationale richtlijnen (cf. Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden, Impact, Nederland) moet omzichtig worden omgesprongen met de vroegtijdige emotionele exploratie van de impact van een interventie).

De volgende dagen is het, afhankelijk van de resultaten van de BFP, bovendien aanbevolen om indien nodig therapeutische interventies voor te stellen als er sprake is van ASS: CGT die focust op het trauma of EMDR (het gebruik van hypnose en van prestatie-optimalisatie technieken is eveneens aanbevolen, indien deze worden toegepast door een psycholoog of een psychiater die gespecialiseerd is in psychotraumatologie). In geval van opdringende beelden kan CGT worden gecombineerd met "*Imagery Rehearsal Therapy"*. Als de klinische symptomen aanhouden, moeten ze worden opgevolgd (zowel via steungroepen, in de context van een traject voor collegiale ondersteuning als individuele gesprekken.
De dagen daarna moet er ook specifieke (individuele of collectieve) steun worden aangeboden met het oog op een snelle werkhervatting om langdurig werkverzuim en/of vermijdingsgedrag te voorkomen. Psychotherapie die focust op het trauma en de begeleiding van de werkhervatting na de zorg moet in de volgende maanden altijd worden voorgesteld aan wie daar behoefte aan heeft.

1.3 De naasten

Volgens de DSM5 (criterium A) lopen "personen die vernemen dat de psychotraumatische gebeurtenis(sen) een naast familielid of goede vriend(in) is (zijn) overkomen" ook kans op PTSS en op andere aandoeningen zoals depressieve stoornissen of angststoornissen. Bovendien is er een risico op gecompliceerde rouw.

Een overlijden wordt als potentieel traumatiserende gebeurtenis beschouwd als het onverwacht, vroegtijdig en plots gebeurt, als het lichaam van het slachtoffer verminkt is, als het overlijden werd veroorzaakt door iemand die schade wilde aanrichten, als er verschillende doden zijn, als de nabestaande vindt dat de dood te vermijden was, denkt dat de persoon heeft geleden, de dood oneerlijk vindt, getuige van het sterven was of zelf bedreigd is geweest.

Algemeen gesproken zal dit soort overlijden intensere symptomen veroorzaken die langer aanhouden en zullen deze symptomen overweldigender zijn. De behandeling omvat het herstel van de krachten, de behandeling van het trauma en het vergemakkelijken van het rouwproces.

Onderzoek heeft aangetoond dat 44 % van de personen die een naaste hebben verloren tijdens een aanslag reacties van een gecompliceerde rouw vertoont (Shear et al., 2006; Neria et al., 2007; Seirmarco et al.; 2012), terwijl dat in de algemene bevolking 5 à 15% is (Prigerson et al., 1997; Silverman et al., 2000; Latham & Prigerson, 2004; Forstmeier & Maercker, 2006; Prigerson et al., 2009).
Behalve de oorzaken en de omstandigheden van het overlijden (onverwacht, gewelddadig) vermeldt de literatuur ook andere voorspellende factoren van problematische rouw, zoals de leeftijd van de overledene en de relatie met hem, en verschillende kenmerken van de rouwende persoon zoals de leeftijd, het geslacht, de persoonlijkheid, de manier van gehechtheid, de socio-economische omstandigheden (dezelfde risicofactoren als algemeen voor de geestelijke gezondheid) en culturele en religieuze aspecten.

De betekenis en de individuele evaluatie van het overlijden zullen worden beïnvloed door die verschillende factoren en zullen vervolgens bepalend zijn voor het rouwproces en dus ook voor het soort affectieve reacties, de gedragsuitingen, de cognitieve reacties , de fysiologische veranderingen en de somatische klachten.

Uit studies blijkt ook dat in gevallen van terrorisme het verlies van geloofsovertuigingen een impact kan hebben op de beleving, vooral als gevolg van het wegvallen van de sociale steun die daaruit volgt (Seirmarco et al., 2012).
In de literatuur zijn ook andere risicofactoren aangetoond zoals niet-bevestigd overlijden (het lichaam werd niet gevonden; Powell et al., 2010) of, tijdens het bloedbad in Zweden (eiland Utøya) in 2011, het feit rechtstreeks contact gehad te hebben met het slachtoffer tijdens de aanslag en vooral het feit lang en vaak blootgesteld te zijn geweest aan de mediaverslaggeving (4 uur/dag de eerste maand; Kristensen et al., 2016). Het is dus belangrijk de media bewust te maken van de impact van de beelden die ze verspreiden.

De identificatie van het lichaam van de slachtoffers is een bijzonder delicate fase waaraan de betrokken professionele hulpverleners zeer veel aandacht moeten besteden. Een praktische leidraad is beschikbaar (De Soir & Hough, 2016). De families moeten worden voorbereid door hen de feiten en het verloop van de procedure nauwkeurig uit te leggen. De opleiding van de hulpverleners is essentieel om het initiële trauma niet te verergeren. Tijdens de procedure van identificatie van het lichaam van de slachtoffers moet er een coördinator worden aangesteld (of een tandem, waartoe een psychosociale hulpverlener met een opleiding in crisispsychologie behoort) die de naasten kan inlichten over het verdere verloop. Hij zal hen begeleiden tijdens de verschillende fasen, onder andere de voorbereiding op de confrontatie met het lichaam en de persoonlijke bezittingen (eventueel voorafgegaan door het laten zien van foto’s). Deze coördinator moet er bovendien voor zorgen dat hij ook zichzelf beschermt.

Het tonen van lichamen, verminkt of niet, om andere redenen dan de identificatie van slachtoffers moet een bijzondere aandacht krijgen van de betrokken diensten (bv. Begrafenisondernemingen) ten opzichte van de nabestaanden. De keuze om de overledene te zien of niet en de manier waarop, moet worden overgelaten aan elke persoon in rouw om een gevoel van controle te geven in een bijzonder oncontroleerbare situatie. Het staat vast dat het beschikken over een lichaam (of over een zekerheid en dus over een overlijdensakte) het rouwproces bevordert, in dit opzicht moeten ook de begrafenisrituelen worden overgelaten aan de filosofische, spirituele, religieuze, familiale en individuele keuzes van de naasten.

Wat betreft de rouwinterventies blijkt uit kwalitatieve reviews van de literatuur en meta-analyses dat de preventie-interventies (algemene populatie in rouw en populatie met een risico op gecompliceerde rouw) weinig of zelfs helemaal niet doeltreffend zijn. De psychotherapeutische interventies bij personen die lijden aan een pathologische rouw zijn wel doeltreffend, zelfs bij een matig effect (Schut et al., 2001 ; Jordan & Neimeyer, 2003; Neimeyer & Currier, 2009; Schut & Stroebe, 2010). De aanbevolen interventies moeten op elke persoon in rouw en op de specifieke processen bij elk van hen worden afgestemd (bv., Zech et al., 2010; Zech & Arnold, 2011 ; Neimeyer, 2012; Zech, 2016). Hulpverleners moeten dus een ernstige opleiding inzake rouwprocessen hebben gevolgd.

Lotgenotengroepen (*peer groups*) hebben reeds eerder (Bartone, 2016) hun doeltreffendheid in de ondersteuning van rouwenden aangetoond, althans indien bepaalde principes worden gerespecteerd, zoals de vergelijkbaarheid van de ervaringen van de lotgenoten en ondersteuning van de lotgenotenwerking door professionele hulpverleners (Bartone, 2016).

1.4 Algemene bevolking

In een studie bij de bevolking naar aanleiding van de schietpartij in Luik in 2011 hebben de onderzoekers weinig symptomen van PTSS vastgesteld bij de bevolking die niet aanwezig was bij de schietpartij.

De personen die ter plaatse waren (en vrouwen) vertoonden bovendien meer symptomen, met grote verschillen. Bij veel personen is er geen duidelijke stoornis, en zijn de gemelde stoornissen weinig specifiek. Sommige personen scoorden echter hoog op bepaalde symptomen, wat wijst op soms zware psychologisch-medisch-sociale gevolgen. Vooral angst komt voor, met vermijdingsgedrag, *hyperarousal* en wantrouwen (waarbij er geen verschillen bestaan tussen wie ter plaatse was en wie niet). Dissociatie, herbeleving en slaapstoornissen kwamen niet of slechts weinig voor, evenmin als aandachts-, concentratie- en geheugenstoornissen, en er waren geen of weinig depressieve affecten en sociaal isolement.

Voorts zijn waakzaamheid en woede normale aanpassingsreacties na een noodsituatie en in een wereld waarin de dreiging toeneemt.

2 Organisatorische aspecten

2.1 Proactieve acties

In risicogebieden zoals kerncentrales, SEVESO installaties en i.v.m. potentiële plaatsen voor aanslagen (zoals hoofdsteden) wordt aanbevolen om participatieve experimenten op te zetten met ook oefeningen (tot zelfs evacuatie) om beter inzicht te krijgen in de sociale dynamiek bij crisissituaties en de impact en het gebruik potentieel van sociale media in te schatten. Tevens kan dit helpen kwetsbaarheden beter te vatten om er psychosociaal ook op in te spelen.
Met het oog op evacuatie dient elk zorgcentrum en elk ziekenhuis over een plan te beschikken met bijzondere aandacht voor diegenen die niet voor zichzelf kunnen zorgen en de nodige medische opvang op bestemming vereisen i.h.b. psychologische opvang en geloofwaardige

Er moet ook proactief een communicatiestrategie worden opgezet waarin rekening wordt gehouden met de realiteit van de media (commerciële beperkingen van de journalisten, rol van de sociale media). Essentieel is vertrouwen te creëren in de "*preparedness*" door coherentie en transparantie in besluitvorming en communicatie (geen verborgen agenda's of impliciete waardeoordelen).

2.2 Coördinatie

Tijdens een collectieve noodsituatie treedt het rampenbestrijdingsplan in werking om snel de nodige hulp te bieden. Het PSIP is daar een onderdeel van en is gericht op het in werking stellen en coördineren van psychosociale acties voor de gewonden, niet-gewonden, naasten, hulpverleners, getuigen enz.

Het PSIP mag dan wel van toepassing zijn tijdens de acute fase van een ramp, maar voor de follow-up op langere termijn ontbreekt het momenteel aan coördinatie. Als steun en een psychologische follow-up op langere termijn nodig blijken, is het essentieel dat de personen snel correcte informatie kunnen vinden en dat er dichtbij concrete hulp beschikbaar is. Ook in het advies nucleaire noodplanning werd aangestuurd op een strategie voor herstel op de lange termijn. Om de overgang tussen de acute fase en de follow-up op langere termijn te verbeteren, is het dus belangrijk stappen te ondernemen om de samenwerking tussen de diensten te verbeteren en zo de globale aanpak van patiënten te vergemakkelijken:

1) Er moet een permanente coördinatiecel komen die voor de hulp, de theoretische en wetenschappelijke reflectie en de evaluatie moet instaan.. Er zijn immers tal van verschillende diensten, met elk hun eigen expertise en competentie, betrokken bij de psychosociale hulp. Dat zorgt voor een waaier aan mogelijkheden die een goede coördinatie vereist. Deze structuur zou meer bepaald:
    a. Via het in kaart brengen van de competenties, ieders verantwoordelijkheden te bepalen en opdrachten te verlenen aan competente en opgeleide personen.
    b. Samenwerkingsmodaliteiten opzetten tussen professionele hulpverleners (bijvoorbeeld gelijktijdige of opeenvolgende co-consultaties), en passende communicatiemiddelen verstrekken;
    c. probleemoplossend optreden door zich te baseren op de signalen die de verschillende kanalen uitzenden.
    d. de coherentie te verhogen, ook wat de informatie aan de media in de postcrisisfase betreft.

    De oprichting van deze coördinatiestructuur zou een politieke prioriteit moeten zijn en dient zo snel mogelijk te gebeuren in plaats van reactief op en in alle haast bij een nieuwe collectieve noodsituatie, en de oprichtingsmodaliteiten moeten door alle bevoegde overheden worden vastgesteld, rekening houdend met de realiteit op het terrein en de verschillende zorglijnen. Voor een goede follow-up in alle geografische zones van het land moet ze bovendien beschikken over duidelijke ankerpunten in de verschillende provincies.

2) Er zou ook een ad-hoc comité van experts in medisch-psychologische noodgevallen moeten komen (dat een vaste samenstelling zou moeten hebben) om de coördinatiecel na elke collectieve noodsituatievolgens de behoeften te ondersteunen. Het doel ervan zou zijn om een degelijk wetenschappelijk kader te scheppen voor alle onmiddellijke en latere hulpacties, gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke publicaties, om te vermijden dat op het terrein de werkzaamheden vanuit goede intenties en vanuit de intuïtie van (psychosociale) medewerkers gebeuren of dat bij een gebrek aan een coherent globaal kader de initiatieven van de verschillende hulpdiensten in alle richtingen uitgaan.

De samenwerkingsvoorwaarden tussen deze twee structuren moeten worden vastgelegd en passen binnen het kader van het noodplan (PSIP en het ziekenhuisnoodplan (ZNP) en de Gemeenschappen die bevoegd zijn voor de opvolging van de nazorg aan getroffenen.

Voorts moeten alle ziekenhuizen in de noodfase ook daadwerkelijk beschikken over een ZNP en moeten psychologen en maatschappelijk werkers hierin opgenomen zijn om psychosociale hulp te kunnen verlenen aan de gewonden, maar ook aan betrokkenen die niet gewond zijn (naasten, reddingswerkers). Momenteel zijn de psychologen in de meeste ziekenhuizen niet eens oproepbaar bij een collectieve noodsituatie (zoals onder meer de Pukkelpopramp op 18 augustus 2011 duidelijk heeft aangetoond, alsook de aanslagen op 22 maart 2016).

2.3 Registratie

Tijdens de gebeurtenis is de registratie van de betrokkenen cruciaal: ze moeten worden gevraagd naar hun identiteit en hun mening over de mogelijkheid om later contact met hen op te nemen (vragen hoe het met hen gaat, nagaan of eventuele ondernomen stappen succesvol zijn enz.).
Deze registratie moet later worden aangevuld omdat het niet mogelijk zal zijn sommige personen te identificeren (bijvoorbeeld personen die geen fysieke letsels hebben opgelopen en/of meteen naar huis zijn gegaan). De registratie van personen die de dag van de gebeurtenis getroffen zijn, kan later worden aangevuld via het “terugvinden” van betrokkenen door de media, de werkgever of via een andere weg. Daarom verdient het ook aanbeveling om na de collectieve ramp proactief een systeem (bij voorbeeld via een website) op poten te zetten zodat wie dit wil, er behoefte aan heeft en niet werd opgenomen in de initiële lijst van betrokkenen zich later kan laten identificeren als een persoon met psychische schade.

Deze registratie kan worden aangevuld met een objectivering van de symptomen aan de hand van gevalideerde meetinstrumenten, zoals de instrumenten onder "diagnose" onder punt 1.1.3). Dit systeem maakt het meer bepaald mogelijk om de zorg systematisch te evalueren en later het effect van de verschillende toegepaste acties en maatregelen te meten, maar ook om de slachtoffers op medisch-wettelijk vlak te helpen. Er moet echter op toegezien worden dat dit onderzoek niet schadelijk is voor de personen en op het juiste ogenblik en respectvol gebeurt. Ook andere methoden zijn mogelijk, zoals de Charier-methode voor een objectievere meting van het trauma, waarbij de pupildilatatie gemeten wordt (Partala & Surakka, 2002; Charier et al., 2014; Charier et al., 2016).

Volgens de aanbevelingen van de AEPSP (2017) dient er eveneens een algemene follow-up van de eerstehulpverleners te gebeuren, met kwantitatieve metingen om de impact op het vlak van trauma, angst of depressie gedurende de maanden na de aanslag te evalueren. Volgens deze aanbevelingen moet er in een eerste fase specifieke aandacht worden besteed aan de symptomen van ASS en PTSS en het jaar na de kritieke confrontatie aan de gecompliceerde rouw. Indien symptomen van peritraumatische dissociatie, die voorspellende waarde hebben m.b.t. de chronificatie van symptomen van posttraumatische stress, worden gemeten, is het belangrijk (met het oog op de validiteit en de betrouwbaarheid van de metingen) dat dit gebeurt binnen de twee weken na de gebeurtenis Elke dienst zou over een follow-upmatrix moeten beschikken en meewerken aan een nationale en Europese follow-upmatrix. Het hoofddoel is te zorgen voor een meetbare recuperatie van de eerstehulpverleners en de verfijning van hun begeleiding. Een ander doel is te beschikken over nationale referentiegegevens om de behandelingswijzen te verbeteren.

Bij het opzetten van deze registratiemaatregelen mogen de belangen van de betrokken personen niet uit het oog verloren worden en moet er gelet worden op de aanvaardbaarheid ervan.

2.4 Toegankelijkheid van de zorg

Na een traumatische gebeurtenis is het cruciaal dat de personen hun autonomie en hun welzijn terugvinden. Daarom is het bijzonder belangrijk de toegang tot de hulpverleners te vergemakkelijken door een overdreven geformaliseerd systeem te vermijden en de personen volledig vrij te laten (eerbiediging van de autonomie). De betrokkenen kunnen putten uit hun eigen kracht en professionele hulp is niet altijd noodzakelijk. Als de betrokkene hulp nodig heeft, bestaat het risico dat de administratieve beslommeringen hem in een typisch traumatogene positie, namelijk onmacht, duwen. Dit soort beslommeringen geeft bovendien vaak aanleiding tot en/of voedt een gevoel van secundaire victimisatie, wat leidt tot een hevige wrok tegen de maatschappij. In plaats van geformaliseerde en logge procedures zou het in de meeste gevallen beter zijn om vrije toegang tot de hulpverleners of de behandelende organismes te verlenen.

Administratieve beslommeringen moeten daarom tot een minimum beperkt blijven. De literatuur geeft bovendien aan dat vereenvoudigde toegang tot de hulp die de betrokkene zelf wenst en kiest niet leidt tot overconsumptie (Mormont et al., 2005).
Omdat de behandeling van het trauma zeer specifiek is, is het echter belangrijk dat de personen ook gemakkelijk te weten kunnen komen welke hulpverleners een opleiding ter zake hebben gekregen en ze eenvoudig toegang kunnen krijgen tot een lijst van psychologen of van geschikte centra (zie punt communicatie).

Voorts moet de vrij gekozen zorg gratis zijn. Niettemin mag dit enkel gelden voor de behandeling van de gevolgen van de gebeurtenis, zelfs als voor andere, “persoonlijkere” problemen ook een behandeling vereist is. De “spill-over” van deze andere, “persoonlijkere” problemen, beïnvloeden immers de impact en het herstel van trauma.

Aandachtspunt
De HGR wil echter de aandacht vestigen op de risico’s die een statuut van nationale solidariteit voor de slachtoffers van terroristische daden inhoudt. De betrokkene kan er immers door gestigmatiseerd worden, zich vereenzelvigen met, en gevangen raken in een statuut waar hij nog moeilijk uit raakt, vooral als dat statuut allerlei voordelen biedt. De doelstellingen van de psychologische behandeling en begeleiding zijn echter de persoon zijn autonomie terugschenken en hem helpen om zo snel mogelijk uit het statuut van “slachtoffer” te raken. De persoon die psychische schade heeft opgelopen, moet zelf het onderwerp blijven uitmaken en het trauma moet een klinisch gegeven blijven waarvoor specifieke zorg binnen een medisch-psychologische logica nodig is en niet iets waarop hij aanspraak kan maken als een vorm van compensatie voor het aangedane leed en onrecht. In de literatuur over werkhervatting is het ook duidelijk aangetoond dat de terugkeer naar de werkvloer en de re-integratie moeilijker verlopen, als er meer ondersteuning wordt verleend. De onderzoeken waren van opzet ruimer dan PTSS, maar kunnen interessant zijn.

Een mogelijke oplossing zou zijn om een tijdslijn te verbinden aan het zorgtraject en het statuut van slachtoffer. Het is ook niet wenselijk om elke burger die geschokt is door de gebeurtenis, zonder er concreet mee geconfronteerd te zijn geweest, in dit systeem op te nemen. Het trauma van die personen - als het al bestaat - hangt af van een persoonlijke gevoeligheid die de algemene sociale zekerheid op zich kan nemen.
Het is ook belangrijk dat die personen hun autonomie bewaren als ze zorg verlangen.

2.5 Opleiding van de betrokken professionele hulpverleners

2.5.1 Eerstehulpverleners

De personen die direct na de noodsituatie optreden, hoeven niet noodzakelijk psychologen te zijn. Er moet bij de acuut getroffenen van een aanslag geen specifieke psychotherapeutische technische handeling gebeuren. Als de hulpverlener ter plaatse is en in de veronderstelling dat hij niet zelf geterroriseerd of gedesorganiseerd is door de impact van de gebeurtenis en de emotie, moet hij ervoor zorgen dat hij de hulpdiensten niet hindert, in staat zijn om oog te hebben voor de concrete problemen van de mensen en eventueel te helpen; met het oplossen van kleine problemen, met het in veiligheid brengen van mensen, met het geven van informatie (indien mogelijk en indien dit behoort tot zijn mandaat), met mensen gezelschap te houden en waar mogelijk de dingen te vereenvoudigen.

De hulpverleners moeten echter opgeleid zijn om psychosociale steun te verlenen in crisissituaties. Daarom zou een opleiding voor eerste psychologische hulp voor de leden van de hulpdiensten en van de politie, de brandweer, de urgentiediensten, het Rode Kruis, de leger, enz. nuttig zijn.

Het is ook belangrijk dat de hulpverleners die in de eerste lijn optreden een opleiding krijgen om hen te behoeden voor psychologische letsels. Volgens de aanbevelingen van de AEPSP is het daarom cruciaal om in de opleidingen van deze hulpverleners te focussen op preventie van professionele stress en hun vermogen aan te scherpen om emotionele, psychologische en lichamelijke symptomen na de confrontatie met schokkende gebeurtenissen en de symptomen posttraumatische stress/dissociatie te herkennen.

2.5.2 Huisartsen en eerstelijnszorg

De expertise in de eerstelijnszorg (huisartsen, eerstelijnspsychologen en bijvoorbeeld de *Centra voor Algemeen Welzijnswerk* (CAW) in Vlaanderen of Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), alsook andere professionele hulpverleners zoals kinesitherapeuten of ergotherapeuten) moet worden vergroot om enerzijds tijdens de weken na de gebeurtenis proactief hulp en begeleiding bij het herstelproces te kunnen bieden en anderzijds vast te stellen wanneer het nodig is om iemand door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg. Aangezien de persoon autonoom en vrij zijn therapeut kan kiezen, is het immers mogelijk dat hij zich tot zijn huisarts wendt en dat die, als hij niet voldoende op de hoogte is van de specifieke kenmerken van traumabehandeling, misschien ongeschikte behandelingen zal toepassen (overdreven zware geneesmiddelenbehandelingen, nadelig ziekteverlof).

Het is meer bepaald belangrijk dat huisartsen een betere opleiding over de symptomen van PTSS en over de mogelijkheden voor psychotrauma behandeling krijgen. Uit de studie over de ramp van Gellingen (2006) was al gebleken dat de symptomen van deze stoornis vaak apart werden aangepakt en behandeld door de huisarts in plaats van als één geheel (Versporten et al., 2006). Dit rapport raadde aan om "artsen bewust te maken van de mogelijke impact van collectieve noodsituaties en rampen op de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Zo zouden ze alert kunnen zijn op traumagerelateerde symptomen, pathologische situaties kunnen opsporen en kunnen doorverwijzen naar professionele hulpverleners - psychologen of psychiaters die opgeleid zijn voor interventies in verband met posttraumatische letsels". Voorts stelde het rapport dat "de artsen moeten kunnen beschikken over informatie in verband met de mogelijke impact van een dergelijke ramp op de geestelijke gezondheid en op het daarmee gepaard gaande gedrag. Ze moeten weten dat deze schadelijke effecten zelfs op lange termijn kunnen optreden. Het is nodig zich te buigen over de te nemen maatregelen om de huisartsen te ondersteunen (cursussen, spreekbeurten, brochures enz.)".

2.5.3 Therapeuten voor psychologisch trauma

Voor gespecialiseerde zorg bestaat in België momenteel geen officieel erkende opleiding voor de behandelaars van psychologisch trauma. Deze situatie geeft aanleiding tot een wildgroei aan diverse beproefde en minder of niet beproefde therapiemethodes. De KUL[10] organiseert als enige universitaire instelling een postgraduate opleiding van twee jaar. In de lijn met de gangbare toelatingsvoorwaarden voor postgraduaat psychotherapie opleidingen (aan de KU Leuven) wordt de kandidaatstelling voor deze opleiding beperkt tot houders van de volgende diploma's: Master in de psychologie (met afstudeerrichting klinische psychologie en minstens zes maanden stage hebben gevolgd), Master in de pedagogische wetenschappen (die de afstudeerrichting orthopedagogiek en minstens zes maanden stage hebben gevolgd) of Arts/Master in de geneeskunde (en tevens psychiater of psychiater in opleiding, vanaf het derde jaar).. De ULB[11] en de UMons[12] organiseren een interuniversitair getuigschrift in victimologie en Psychotraumatologie, dat gericht is op een breed publiek. Tot slot beschikt de ULg[13] in de faculteit Psychologie over een universitaire dienst die specifiek gespecialiseerd is in psychologisch trauma en dit onderwerp doceert aan de studenten van de master klinische psychologie. Er bestaat ook een interuniversitair getuigschrift in klinische victimologie aan de ULg, maar dat is evenmin specifiek gericht op klinische psychotraumatologie en focust meer op de psychocriminologische en de wettelijke benadering, zodat het meer onder de criminologie dan onder de klinische behandeling van slachtoffers valt. De andere bestaande opleidingen in het domein van de psychotraumatologie situeert zich in de commerciële sector, mikt doorgaans op een breed publiek en is niet gebonden aan de gangbare kwaliteitsvereisten voor hogescholen en universiteiten.

De behandeling van de personen moet echter absoluut gebeuren door opgeleide en competente professionele hulpverleners. Het is immers belangrijk om hen te beschermen tegen personen zonder opleiding die willen helpen, maar ook tegen personen die voordeel willen halen uit de situatie.

[10] Katholieke Universiteit Leuven
[11] Université Libre de Bruxelles
[12] Université de Mons
[13] Université de Liège

Daarom zou het goed zijn als er een lijst zou bestaan van bevoegde professionele hulpverleners of structuren bij wie/waar personen die hulp nodig hebben, terecht kunnen. De autonomie van personen, de relatie tussen de therapeut en zijn patiënt en de therapeutische alliantie die daaruit volgt, mag echter niet uit het oog worden verloren. Uit deze elementen volgt dat die bevoegdheid vooral ter informatie wordt meegedeeld en de keuzevrijheid van de patiënten niet mag beperken. Een andere aanbeveling is de kwaliteit van zorg en de patiënttevredenheid in kaart te brengen. Dit kan via het reeds vermelde registratiesysteem (zie punt 2.2).

Met het oog op accreditering van de professionele hulpverleners die een traumaopleiding hebben gevolgd heeft de NtVP (*Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma*) een advies opgesteld over de certificering van therapeuten in psychologisch trauma. Dat bevat een omschrijving van het competentieprofiel van de gezondheidswerker en van de opleidingseisen.

Volgens het rapport van deze werkgroep moet een therapeut in psychologisch trauma:

- *een basisopleiding van klinisch psycholoog, orthopedagoog, seksuoloog of psychiater hebben;*
- *minimaal twee jaar ervaring in de behandeling van traumagerelateerde stoornissen en/ of minimaal tien patiënten met traumagerelateerde stoornissen kunnen voorleggen;*
- *minimaal zes opleidingssessies in erkende opleidingsinstellingen hebben gevolgd en minimaal vijftien uur supervisie hebben uitgevoerd;*
- *kunnen bewijzen te beschikken over de competenties in het competentieprofiel.*

Volgens dit competentieprofiel omvat het expertisedomein van de traumatherapeut het psychodiagnostische onderzoek, het beoordelen van de resultaten daarvan en het toepassen van *evidence based* psychologische behandelingsmethodes (bijvoorbeeld zoals vermeld in de *Guidelines for Trauma Treatment* van de *International Society for Traumatic Stress Studies*) om de gezondheidstoestand na een traumatische gebeurtenis te herstellen. Deze taken vereisen enerzijds specifieke competenties (in verband met de psychologische diagnose, de indicatie en de behandeling) en anderzijds algemene professionele competenties (persoonlijke ontwikkeling, kennis van het netwerk, kennis van de richtlijnen, oog hebben voor diversiteit enz.).

In bijlage het volledige eisenpakket van psychologen en psychiaters in Nederland die een erkenning als psychotraumatoloog willen bekomen van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (op basis van een brede consensus tussen alle betrokken beroepsorganisaties).

De HGR raadt aan om dit competentieprofiel als basis te gebruiken voor het vastleggen van voorwaarden voor goedkeuring en erkenning van de professionele hulpverleners die bevoegd zijn om trauma's te behandelen. Deze erkenning kan uitgaan van de coördinatiestructuur, met steun van het comité van experts.

2.6 Communicatie

2.6.1 Voorbereiding van de communicatie

Zoals voordien vermeld is het opzetten van een communicatiestrategie van fundamenteel belang om het vertrouwen van het publiek op te bouwen (punt 2.1 proactieve acties).

2.6.2 Communicatie met de betrokkenen

Tijdens een noodsituatie is de communicatie met de families en naasten van de betrokkenen essentieel en moet hier bijzondere aandacht naar uitgaan, vooral als ze ter plaatse aankomen. De families zijn het eerste ogenblik in shock, waardoor ze overgevoelig zijn voor alle nieuwe informatie: er moet worden gelet op details, onjuiste informatie en beelden. Het is cruciaal om een vertrouwensrelatie op te bouwen. De hulpverleners moeten hen dus de beschikbare informatie durven te geven.

Voor de communicatie na de gebeurtenis is het belangrijk dat er een uniek en gemakkelijk bereikbaar contactpunt is dat, zelfs na de crisisfase, betrouwbare informatie verschaft aan de bevolking en aan de betrokkenen. Na de chaos van de acute fase hebben ze immers nog altijd behoefte aan een plaats waar ze terecht kunnen met hun vragen, hun bezorgdheid en zorgen kunnen uiten enz. Ze moeten ook kunnen worden doorverwezen naar opgeleide professionele hulpverleners of naar adequate, erkende en gemakkelijk toegankelijke structuren (in de buurt van waar ze wonen, werken of elders). Er moet een (niet-exhaustieve) lijst van beschikbare middelen verkrijgbaar zijn. Dit contactpunt moet bereikbaar zijn op lange termijn en op verschillende manieren (website, telefoon, e-mail enz.).

De HGR stelt ook voor een folder samen te stellen waarin duidelijk en beknopt nuttige informatie staat, zoals het adres van de erkende hulpcentra, een link naar een website met de lijst van alle professionele hulpverleners die bevoegd zijn voor traumabehandeling enz. Deze folder kan worden verspreid tijdens de gebeurtenis.

Idealiter worden dit contactpunt en de coördinatieopdrachten die beschreven staan in punt 1 samengebracht in een overkoepelende structuur.

2.6.3 Media

Tijdens een noodsituatie spelen de media een essentiële rol omdat ze de bevolking kunnen informeren over wat er gebeurd is (hoe werken de hulpdiensten, hoeveel betrokkenen zijn er, waar is meer informatie te verkrijgen, waar is hulp te vinden, waar zal de herdenking plaatsvinden enz.). Deze informatieve rol is nuttig, ook voor de betrokkenen, want ze helpt orde te scheppen in een chaotische situatie waardoor de elementaire veiligheid kan worden hersteld en ze draagt ertoe bij dat iedereen zich terugvindt in een groepsidentiteit. Tijdens de gebeurtenis verzorgt het PSIP de samenwerking tussen de media en het crisiscentrum. De HGR raadt aan om deze samenwerking ook na de crisis voort te zetten via de coördinatiestructuur zodat de media de bevolking adequaat blijven informeren. Het crisiscentrum en de coördinatiestructuur moeten ook rekening houden met de thans belangrijke rol van de sociale media bij het beantwoorden aan de behoefte om informatie en deze zo transparant en interactief mogelijk gebruiken.

Romano & Crocq (2010) leggen niettemin uit dat deze informatieve functie vaak uit de hand loopt bij traumatische gebeurtenissen omdat beelden te veel aandacht opeisen. Volgens hen dragen de media door geen objectieve informatie te geven enerzijds bij tot een permanent onveiligheidsgevoel en anderzijds bij tot de stigmatisering van de betrokkenen. Vooral na de aanslagen van 11 september 2001 hebben heel wat studies een verband aangetoond tussen het kijken naar de berichtgeving over terreuraanslagen door de media en PTSD-symptomen bij de algemene bevolking (Schuster et al., 2001; Ahern et al., 2002; Schlenger et al., 2002; Silver et al., 2002; Ahern et al., 2004.
Niet alleen waarover wordt bericht maar ook hoe het nieuws wordt overgebracht is belangrijk. Overmatig veel aandacht gaat naar meningen, niet naar feiten. Daardoor ontstaat een vertekend beeld van de werkelijkheid, hetgeen een impact op de kijkers kan hebben.

Beelden, sensatiezucht en een emotionele aanpak krijgen een steeds grotere plaats in de media. We worden overal overspoeld met beelden en de snelheid en het gemak waarmee dit gebeurt, maakt het niet alleen onmogelijk om eraan te ontsnappen, maar ook om alles in een context te plaatsen en erover na te denken. De beelden verdringen uiteindelijk de werkelijkheid en wekken de indruk dat het niet nodig is zich grondiger te informeren. Ze zijn schokkend en roepen veeleer emoties op dan dat ze informatie geven. Het individu zit passief voor het scherm en is gefascineerd door de beelden. Hij is niet altijd in staat om hun inhoud te analyseren en zin te geven aan wat hij ziet. Omdat hij zich niet kan ontdoen van hun emotionele impact, kan hij in een onveilige wereld vastzitten. De beelden kunnen immers een angst veroorzaken die niet in verhouding staat tot het reële risico en ook zowel bij volwassenen alsook bij kinderen een gevoel van onmacht en schuldgevoelens baren (Walma van der Molen & de Pundert, 2003; Ahern et al., 2004). Het is dus essentieel om deze beelden in woorden te gieten, de emoties te vertalen en een intersubjectieve dimensie te herstellen (zeker bij kinderen – zie de volgende paragraaf). Daarnaast wordt aanbevolen om een specifiek informatieprogramma voor kinderen te promoten, waarin het wereldnieuws op een aangepaste manier wordt voorgesteld. Uit verschillende studies blijkt dat dergelijke aangepaste programma's de angst en zorgen van de kinderen deels kunnen wegnemen (Walma van der Molen et al., 2002; Walma van der Molen & de Pundert, 2003).

Het elkaar overtroeven met beelden door de media kan ook een grote impact hebben op de betrokkenen, zowel door de confrontatie met een beeld dat ze niet op die manier hadden geïnterpreteerd (meer bepaald als het op de plaats van de ramp werd gemaakt), de druk die ze voelen als journalisten een getuigenis willen afdwingen, de ontgoocheling als de getuigenis werd vervormd, de stigmatisering in een statuut van slachtoffer en tot slot het overdreven in een slachtofferrol duwen. Het risico is groot als behandeling door de media leidt tot het psychiatriseren van de symptomen van ontreddering, tot de stigmatisering van de betrokkenen leiden en het in een hokje duwen van “getraumatiseerd slachtoffer”.

Ook bij nucleaire ongevallen werd stigmatisering omwille van risico’s van nucleaire besmetting vast gesteld, wat zelfs een negatieve impact kan hebben op het gedrag van zorgverleners.

Tot slot leggen Romano & Crocq (2010) nog uit dat de voorstelling van de werkelijkheid door de media via beelden ook invloed zal hebben op hoe ermee wordt omgegaan want enkel een bepaald soort gebeurtenis (de traumatische feiten) wordt belicht en er wordt voorbijgegaan aan ander leed.

De media moeten ook worden gewezen op de impact van de beelden bij hun medewerkers. Journalisten zijn immers vaak snel en lang ter plaatse, ze gaan op zoek naar beelden en worden dus blootgesteld aan mogelijk traumatogene situaties.

Het is overigens ook de taak van de beoefenaars in de gezondheidszorg om hun patiënten te beschermen en ze moeten tijdens de behandeling een onberispelijke ethiek hanteren (journalisten op afstand houden, de betrokkenen informeren over de gevolgen van een getuigenis, contactpunten voor de pers organiseren om directe ondervraging te vermijden, beroepsgeheim handhaven, de betrokkenen respecteren als persoon tijdens hun eigen interventies enz.).

De algemene bevolking moet ook worden gewezen op de impact van de beelden die ze volop deelt op de sociale netwerken.

2.6.4 Communicatie met kinderen

Dit deel gaat over hoe je kunt communiceren met kinderen die niet rechtstreeks bij de noodsituaties betrokken waren, maar die zoals de rest van de bevolking op de hoogte zijn van de gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan (via school, media, familie, enz.).

Dit type van gebeurtenissen brengt het fundamentele geloof dat kinderen hebben in het leven aan het wankelen, namelijk dat de volwassenen hen beschermen en het leven beschermen en daardoor raken ze aan de kern van hun gevoel van veiligheid en gehechtheid. Dat mag niet worden gebanaliseerd, zelfs als het niet zichtbaar is (Fremont et al., 2005). Bovendien spreken kinderen vaak niet met hun ouders over wat hen is overkomen omdat ze hen niet bezorgd willen maken. Bepaalde gebeurtenissen die volwassenen als pijnlijk ervaren, zijn dat misschien niet voor kinderen (en omgekeerd kunnen wat voor volwassenen banale feiten lijken, schokkend zijn voor kinderen). Het gevaar bestaat dus dat ouders niet juist inschatten hoe erg de kinderen lijden. Bovendien zijn de ouders soms zelf ook geschokt. Kinderen zijn echter zeer gevoelig voor hoe hun ouders reageren op de gebeurtenis en hoe ze erover praten. Het trauma van de ouders kan het trauma bij het kind uitlokken. (Taïeb et al., 2004; Josse, 2011; Romano, 2013).

De rol van de ouders is dus essentieel om het kind te beschermen en af te schermen tijdens de gebeurtenis: het beschermen tijdens het incident en het vertrouwen van het kind versterken in zijn ouders en in hun beschermende rol. (Fremont et al., 2005; Romano, 2013; Scaut & De Soir, 2016).

Ouders en leraren moeten ook alles interpreteren wat het kind hoort en ziet en hem angst kan inboezemen. Ze moeten het kind helpen bij zijn denkproces en de manier waarop het zich een beeld zal vormen van de gebeurtenissen.

Het is dus nodig om te spreken over wat gebeurd is, het kind te stimuleren om erover te spreken als hij bezorgd lijkt en vooral naar hem luisteren. Als het kind zich geen zorgen lijkt te maken, mogen ze niet aandringen maar moeten ze gewoon laten zien dat ze er voor hem zijn (Fremont et al., 2005).

De bespreking van het onderwerp met kinderen moet gebeuren op cognitief, affectief en relationeel niveau.

Op cognitief niveau heeft het kind er behoefte aan om te begrijpen wat er is gebeurd en moet het daarom altijd antwoord krijgen op zijn vragen, zonder erop vooruit te lopen. Het uitgangspunt moet zijn wat hij weet, zijn eigen voorstelling van de feiten, en vervolgens moet dat worden bijgestuurd, zonder de waarheid te verbloemen (Scaut & De Soir, 2016). De uitleg moet beknopt zijn (en details die kunnen leiden tot nog meer schrikbarende beelden of woorden die de heftigheid van de emoties voeden, dienen vermeden te worden), het taalgebruik eenvoudig en aangepast aan het kind of de adolescent. Er moet rekening worden gehouden met de leeftijd van het kind, maar het is niet goed om te denken dat een kind te jong is om het te begrijpen (als een kind een vraag stelt, betekent dat vaak dat het er klaar voor is om het antwoord te horen). Het is belangrijk om eerlijk te blijven, geen informatie achter te houden als het kind ernaar vraagt, want als het geen antwoord krijgt, zal het zich zorgen maken, en ook om te durven zeggen dat men geen antwoord heeft op alle vragen. Het kind moet worden gerustgesteld, de feiten moeten in een context worden geplaatst en omschreven zonder ze te minimaliseren (Monahon, 1997; Fremont et al., 2005). Tot slot is het nodig om vertrouwen te hebben, leren om hulp te vragen, onbekenden niet te demoniseren en het onderwerp open te laten zonder dat het een fixatie wordt. De gebeurtenis kan overigens ook aanleiding geven tot een gesprek over fundamentele waarden, vrijheid, verdraagzaamheid, solidariteit enz.

Op affectief niveau moeten kinderen en adolescenten de kans krijgen hun emoties te uiten. Dat geldt ook voor ouders (maar zonder hun angst over te dragen op de kinderen). Het kind moet begrijpen dat wat hij voelt normaal is. Ouders hoeven hun gevoelens niet te verstoppen, maar mogen ze ook niet uitvergroten. Het is immers niet de taak van een kind om zijn ouders te troosten of gerust te stellen (Josse, 2011; Romano, 2013).

Op relationeel en sociaal niveau mag er niet worden gedramatiseerd en overbeschermd, mogen kinderen en vooral adolescenten niet worden verhinderd om te leven en buiten te komen en mogen ze zich niet opsluiten en zich nestelen in angst. Oude gewoontes moeten opnieuw worden opgenomen. De discussie kan ook de gelegenheid bieden om de banden aan te halen met familie, in de klas, in de groep.

Het is dus niet nodig om te pathologiseren, maar wel om alert te zijn op het kleinste symptoom, op hun vragen en op wat ze vertellen en de bespreking volgens de rijpheid van het kind te bevorderen. Voorts is ook aandacht voor het gedrag belangrijk: kinderen die stiller worden, moeilijker gedrag vertonen, lange tijd last hebben van secundaire enuresis, herhaaldelijk nachtmerries hebben, bang zijn om buiten te komen, van menigtes of van bepaalde plaatsen, in zichzelf gekeerd zijn, geen plezier meer beleven, hun hobby’s niet meer uitoefenen, enz.

In deze context is het dus belangrijk om rekening te houden met de leeftijd van de kinderen. Monahon (1997) heeft een reeks aanbevelingen voorgesteld in functie van de leeftijd van de kinderen:

- voor jonge kinderen (pasgeborenen tot 2,5 jaar), bv.: slaap- en eetroutines handhaven, extra rustgevende activiteiten voorzien, vermijden om de kinderen bloot te stellen aan alles wat bij hen de herinnering aan gebeurtenis zal opwekken, enz.

- voor kinderen tussen 2,5 en 6 jaar, bv. : luisteren en toelaten dat er over de gebeurtenis wordt gepraat, hun angsten respecteren, hen beschermen tegenover een nieuwe blootstelling aan angstaanjagende situaties, de kans geven om een spelletje in verband met het trauma te spelen en daarvoor hulpinstrumenten ter beschikking stellen, enz.
- voor kinderen tussen 6 en 11 jaar: de spelletjes van de kinderen beter in het oog houden, hen helpen om nieuwe manieren te vinden om bij het slapen gaan om te gaan met hun angst, hen gerust stellen ten opzichte van hun angstgevoelens en –reacties, enz.
- Voor adolescenten tussen 11 en 18 jaar: hen ertoe aanmoedigen om over de gebeurtenis te praten, hen toelaten om tijd door te brengen met vrienden, hen gerust stellen i.v.m. schuld- en schaamtegevoelens, hen ertoe aanmoedigen om aan plezierige sportactiviteiten te doen, enz.

Als de ouder zich niet in staat voelt om deze houding aan te nemen, kan de cirkel worden uitgebreid tot andere familieleden (grootouders enz.), vrienden en specialisten. De rol van de andere vertrouwenspersonen (wijde familiekring, leraren) is dus ook essentieel. Zij zijn gespecialiseerd in kinderen, het is dus belangrijk hen te vertrouwen voor de begeleiding van de kinderen. Het heeft niet altijd nut om psychologen te sturen (bijvoorbeeld naar de klas) omdat ze de kinderen niet goed genoeg kennen. Schoolpsychologen zijn dan weer niet altijd opgeleid om leerlingen na een potentieel traumatiserende gebeurtenis te omkaderen.
Psychologen kunnen nuttig zijn om de ouders en de leraren te steunen en raad te geven, maar er moet worden van uitgegaan dat die voldoende in staat zijn om met de kinderen te spreken. Dat zorgt ook voor continuïteit, wat niet het geval is met psychologen die maar af en toe langskomen.

Scaut & De Soir (2016) stellen ook een methode voor collectieve en kwantitatieve analyse van de impact van terreuraanslagen voor scholen en jeugdverenigingen voor.

IV CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De aanslagen van 22 maart 2016 hebben de Belgische bevolking rechtstreeks of onrechtstreeks getekend en geraakt. Uit deze gebeurtenissen hebben we meerdere lessen kunnen trekken, meer bepaald in verband met de psychosociale follow-up op lange termijn van de betrokkenen. Het valt helaas niet uit te sluiten dat er nog andere gebeurtenissen zoals deze zullen voorvallen in België. De HGR heeft daarom besloten een advies over de psychologische begeleiding van betrokkenen bij aanslagen of andere collectieve of individuele noodsituatie uit te brengen.
Omdat het verband met de gebeurtenis bijzonder subjectief is, gaat de HGR bovendien ervan uit dat alle personen die ter plaatse waren, hun familie en naasten, getuigen en hulpverleners risico lopen op psychische schade en behoefte kunnen hebben aan specifieke begeleiding.

Na een potentieel traumatiserende gebeurtenis worden er meestal drie fasen onderscheiden: de impactfase (gebeurtenis), de acute fase (4 à 6 weken na de gebeurtenis) en de chronische fase. In elk van deze drie fasen is het vooral van belang dat de personen hun autonomie bewaren (vrijheid op het vlak van zorg) en gemakkelijk toegang krijgen tot de gewenste hulp (beschikbaarheid van informatie, geen bureaucratische procedure).
Voor gebeurtenissen die een jarenlange impact kunnen hebben zoals nucleaire crisissen die ook noodmaatregelen van lange termijn vereisen, kan een genuanceerder fasering noodzakelijk zijn (zie het advies HGR 9235, 2016).

Tijdens de impactfase is het Psychosociaal interventieplan van toepassing. Dat vermeldt duidelijk de taken van de verschillende hulpverleners. In die fase hebben de personen er vooral behoefte aan om hun eigen natuurlijke veerkracht te herstellen door hun lichamelijke en elementaire behoeftes te vervullen, hun veiligheid terug te vinden en hun link met het sociale netwerk te herstellen. Er moet hen ook psycho-educatie worden aangeboden en een opvolgtraject worden uitgestippeld. Om dat doel te bereiken, is het volgens de HGR noodzakelijk om:

- de betrokkenen een folder / website te overhandigen waarin duidelijk en bondig de voornaamste nuttige informatie voor na de gebeurtenis staat (meer bepaald het adres van de erkende centra);
- de hulpdiensten te steunen bij de eerste psychologische hulp.

Na de impactfase is het essentieel dat de personen hun autonomie bewaren en gemakkelijk en vrij toegang krijgen tot hulp indien ze daar behoefte aan hebben. Om dat doel te bereiken, is het volgens de HGR noodzakelijk om:

- een systeem te organiseren waarmee de betrokkenen die zich niet hebben geregistreerd tijdens de impactfase dat nu kunnen doen als ze dat wensen;
- de eerstelijnszorg (meer bepaald de huisartsen en eerstelijnspsychologen) bewust te maken van en te informeren over de mogelijke psychosociale gevolgen van een noodsituatie, zodat ze proactief kunnen helpen, de personen kunnen begeleiden zonder te psychologiseren of te medicaliseren en indien nodig te verwijzen;
- een coördinatiestructuur op te richten die bij elke gebeurtenis de steun krijgt van een ad-hoccomité van experts in “medico-psychologische urgenties”, met onder andere als taak:
    - een contactpunt te vormen voor de media zodat ze correcte informatie doorgeven;

- een uniek informatiecontactpunt voor de bevolking op te richten;
- de relevante hulpdiensten met verschillende competenties te coördineren, meer bepaald om de overdracht na de crisis uit te voeren;
- de beoefenaars in de gezondheidszorg die bevoegd zijn in traumabegeleiding (op basis van het competentieprofiel in dit advies) goedkeuring te verlenen en de lijst met hun namen ter beschikking te stellen.

Tot slot beveelt de HGR aan dat, indien de stoornissen chronisch worden en er PTSS optreedt, de diagnose en de behandeling gebeuren door professionele hulpverleners die ter zake opgeleid zijn, op basis van de richtlijnen (APA, NICE, OMS). Deze moeten niettemin worden aangepast aan de individuele behoeften van elke persoon.

De HGR suggereert ook om de getroffen maatregelen en de feedback van de betrokkenen te evalueren. Daarvoor zou een registratiesysteem dat de symptomen objectiveert nuttig zijn (in het bijzonder voor de hulpverleners).

Algemeen gesproken, dringt de HGR er bovendien op aan om bijzondere aandacht te besteden aan een aantal specifieke doelgroepen:

- Kinderen moeten worden beschermd tijdens het incident en hun geloof in de beschermende rol van de volwassenen moet worden versterkt. Het is niet de bedoeling om te pathologiseren, maar het is wel nodig om alert te blijven t.o.v. de reacties van de kinderen op de gebeurtenissen en hen te stimuleren om zich te uiten. Daarvoor raadt de HGR aan om te vertrouwen op de naasten van de kinderen, zoals ouders en leraren, die beschikken over de nodige competenties om de kinderen te helpen bij het interpreteren van wat ze zien of horen;
- Wegens het grote risico op blootstelling aan potentiele traumatiserende gebeurtenissen en het aanhouden van het risico raadt de HGR ook aan om bijzondere aandacht te besteden aan de eerstehulpverleners. Preventie is hierbij essentieel, meer bepaald via opleiding en het beleid inzake beheer van de psychosociale risico's. Na een gebeurtenis moeten ze ook een specifieke begeleiding krijgen.

Tot slot raadt de HGR nog aan om bijzonder alert te zijn voor het risico op secundaire victimisatie, meer bepaald in gevallen van oprichting van slachtoffergroepen (die voor bepaalde doeleinden zeer nuttig kunnen zijn mits de nodige begeleiding) of van de invoering van een specifiek statuut voor de slachtoffers. Het is immers zaak te vermijden dat wie betrokken is bij een aanslag of een andere ramp zich nestelt in een statuut dat uitgroeit tot een identiteitsgegeven waaraan nog moeilijk te ontkomen valt. De media, die nuttig kunnen zijn om relevante informatie te verspreiden, moeten ook bewust worden gemaakt van dit risico. en vermijden dat ze door hun verslaggeving over de gebeurtenis de betrokkenen stigmatiseren en in een hokje van "getraumatiseerd slachtoffer" duwen.

V REFERENTIES

- AEPSP – Association européenne de psychologie sapeur-pompier. Goujard S. Protéger la santé psychologique des intervenants en situation d'attentat; 2016.
- Ahern J, Galea S, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, et al. Television images and psychological symptoms after the September 11 terrorist attacks. Psychiatry 2002; 65(4):289-300.
- Ahern J, Galea S, Resnick H, Vlahov D. Television images and probable posttraumatic stress disorder after September 11: the role of background characteristics, event exposures, and perievent panic. J Nerv Ment Dis 2004; 192(3):217-26.
- Alisic E, Zalta AK, van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. Br J Psychiatry 2014; 204:335-40.
- APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; 5th ed. Washington DC; 2013.
- APA - American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults; 2017.
- APA – American Psychological Association. Clinical practice guideline for treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. Guideline development panel for the treatment of PTSD in adults adopted as APA policy; 2017.
- BAP – British Association for Psychopharmacology. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology; 2014.
- Bartone PT. Peer Support for Bereaved Survivors: Systematic Review of Evidence and Identification of Best Practices. Tragedy Assistance Program for Survivors. 2016.
- Belgische koninkrijk. Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid en leefmilieu - Ministeriële omzendbrief betreffende het Psychosociaal Interventieplan (PSIP), tweede luik van het monodisciplinair interventieplan voor discipline 2 van 07 juni 2016. BS van 04 augustus 2016.
- Breslau N, Chen Q, Luo Z. The role of intelligence in posttraumatic stress disorder: does it vary by trauma severity? PLoS One 2013; 8(6):e65391.
- Breslau N, Troost JP, Bohnert K, Luo Z. Influence of predispositions on post-traumatic stress disorder: does it vary by trauma severity? Psychol Med 2013; 43(2):381-90.
- Bryant RA, Brooks R, Silove D, Creamer M, O'Donnell M, McFarlane AC. Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther 2011; 49(5):346-51.
- Charier D, Mayaud L, Zantour D, Fey G, Rolle P, Proust P et al. Intérêt de la variabilité instantanée du diamètre pupillaire pour l'évaluation du stress en intervention chez ldes sapeurs-Pompiers; 2015.
- Charier D, Mayaud L, Zantour D, Fey G, Rolle P, Proust P et al.. Monitorage du stress en intervention : intérêt de la pupillométrie; 2015.
- Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43(4):393-402.
- De Soir E, Hough E. Helping families through the identification process. Crisis-response 2016; 11(3).
- De Soir E, Scaut L. « Même pas peur ? Accompagner les enfants en temps de terreur » ; 2016.
- De Soir E, Versporten A, Zech E, Van Oyen H, Mylle J, Kleber R, et al. Does exposure type impact differentially over time on the development of mental health disturbances after a technological disaster? Arch Public Health 2015; 73(1):20.

- De Soir E, Zech E, Alisic E, Versporten A, Van Oyen H, Kleber R et al. Children Following the Ghislenghien Gas Explosion: PTSD Predictors and Risk Factors. Journ Child Adol Trauma 2014; 7:51–62.
- De Soir E, Zech E, Versporten A, Van Oyen H, Kleber R, Mylle J, et al. Degree of exposure and peritraumatic dissociation as determinants of PTSD symptoms in the aftermath of the Ghislenghien gas explosion. Arch Public Health 2015; 73(1):21.
- De Soir E. Het abc van psychotraumatherapie. Van speechless terror tot integratie in het levensverhaal. Psyche; 2012.
- De Soir E. Manuel pour le travail traumatique après incidents critiques. A la recherche d'un nouvel équilibre après une expérience traumatisante. Maklu; 1998.
- DeWolfe D. Mental Health Response to Mass Violence and Terrorism: A Training Manual for Mental Health Workers and Human Service Workers; 2001.
- Dyregrov, A, Dyregrov, K, Straume, M, Gronvold Bugge, R (2014) Weekend Family Gatherings for Bereaved after the Terror Killings in Norway in 2011. Scandinavian Psychologist.
- EU - European Commission. TENTS-TP – The European Network for traumatic Stress-Training & Practise. Project 20081228 under EU Health Programme 2008-2013.
- Eyre, A, Dix, P (2014) Collective conviction: The story of Disaster Action. Liverpool: University Press.
- Forstmeier S, Maercker A. Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. J Affect Disord 2007; 99(1-3):203-11.
- Fremont WP, Pataki C, Beresin EV. The impact of terrorism on children and adolescents: terror in the skies, terror on television. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2005; 14(3):429-51, viii.
- GR – Gezondheidsraad. Health Council of the Netherlands. The medium and long-term health impact of disasters. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2006. Publication no.2006/18.
- HGR – Hoge Gezondheidsraad. Nucleaire ongevallen, leefmilieu en gezondheid in het post-Fukushimatijdperk: Rampenplanning. Brussel: HGR; 2016. Advies nr 9235.
- HGR – Hoge Gezondheidsraad. Antwoordelementen betreffende de psychologische opvang en ondersteuning na terroristische incidenten en hieraan gerelateerde rampsituaties. Brussel: HGR: 2017. Advies nr 9425.
- Hobfoll S, Watson P, Bell C, Bryant R, Brymer M, Friedman M et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. Psychiatry 2007, 70 (4): 283-315.
- Impact – Trimbos Instituut. Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden », Impact, Nederland; 2012. Internet: https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/201201-psychosociale-ondersteuning-geuniformeerden-tweede-druk-2012.pdf.
- Irish LA, Fischer B, Fallon W, Spoonster E, Sledjeski EM, Delahanty DL. Gender differences in PTSD symptoms: an exploration of peritraumatic mechanisms. J Anxiety Disord 2011; 25(2):209-16.
- ISBI – International Symposium on Biomedical Imaging. Jomier J, Rault E, Aylward SR. Automatic quantification on pupil dilation under stress; 2004.
- Jordan JR, Neimeyer RA. Does grief counseling work? Death Stud 2003;27(9):765-86.
- Josse E. Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. De Boeck Supérieur ; 2011.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52(12):1048-60.
- Kristensen P, Dyregrov K, Dyregrov A, Heir T. Media exposure and prolonged grief: A study of bereaved parents and siblings after the 2011 Utoya Island terror attack. Psychol Trauma 2016; 8(6):661-7.

- Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. Suicide Life Threat Behav 2004; 34(4):350-62.
- Mavoungou P. Le Stress Detector. Un moniteur du stress et de la nociception. Viggilance 2010; 21:23-5.
- McNally RJ, Robinaugh DJ. Risk factors and posttraumatic stress disorder: are they especially predictive following exposure to less severe stressors? Depress Anxiety 2011; 28(12):1091-6.
- McNally RJ. Can we fix PTSD in DSM-V? Depress Anxiety 2009;26(7):597-600.
- Misra M, Greenberg N, Hutchinson C, Brain A, Glozier N. Psychological impact upon London Ambulance Service of the 2005 bombings. Occup Med (Lond) 2009; 59(6):428-33.
- Monahon C. Children and Trauma: A Guide for Parents and Professionals. San Francisco: Jossey Bass; 1997.
- Mormont C, Bojen C, Firket P. Modèle d'intervention auprès des agents de La Poste belge : élaboration et mise en œuvre 2005. Stress et trauma 2005; 5(4) :217-21.
- Myrick AC, Green EJ. A play-based treatment paradigm for nonoffending caretakers: evidence-informed secondary trauma treatment. Int J Play Ther 2013;22(4);193-206.
- NAO - National Audit Office. Review of the experiences of United Kingdom Nationals Affected by the Indian Ocean Tsunami, London; 2006.
- Neimeyer RA, Currier JM. Grief therapy: Evidence of efficacy and emerging directions. Current directions in psychological science 2009; 18(6):352-6.Creatice practises for cunseling the bereaved. New-York: Routledge; 2009.
- Neimeyer RA. Techniques of grief therapy:Creative practises for conseling the bereaved. New-York:Routledge; 2012.
- Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. Psychol Med 2008; 38(4):467-80.
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence. NICE Post-traumatic stress disorder: management Clinical guideline [CG26]; 2005. Evidence Update; 2013.
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder: management. Clinical guideline; 2005.
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder (PTSD).A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 26 'The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care' (2005).Evidence Update 49; 2013.
- NtVP – Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma. Op weg naar certificering psychotraumatherapeut. Eindresultaat van de werkgroep Certifiering Psychotraumatherapeut; 2010.
- Olff M, Langeland W, Draijer N, Gersons BP. Gender differences in posttraumatic stress disorder. Psychol Bull 2007; 133(2):183-204.
- Olliac B. Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2012 ; 60 :307-14
- Perrin MA, DiGrande L, Wheeler K, Thorpe L, Farfel M, Brackbill R. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. Am J Psychiatry 2007; 164(9):1385-94.
- Pfefferbaum B, Nixon SJ, Tucker PM, Tivis RD, Moore VL, Gurwitch RH, et al. Posttraumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38(11):1372-9.
- Pfefferbaum B, Seale TW, McDonald NB, Brandt EN, Jr., Rainwater SM, Maynard BT, et al. Posttraumatic stress two years after the Oklahoma City bombing in youths geographically distant from the explosion. Psychiatry 2000; 63(4):358-70.
- Powell S., Butollo W, Hagl M. (2010). Missing or killed. Eur J Psychol 2010; 15(3):185-92. doi: 10.1027/1016-9040/a000018.

- Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, 3rd, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. Am J Psychiatry 1997; 154(5):616-23.
- Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Med 2009; 6(8):e1000121.
- Pynoos R, Nader K. Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescents. In J.P. Wilson & B. Rapheal, editors, International Handbook of Traumatic Stress Syndromes (pp. 535-549). New York: Plenum; 1993. P. 535-49.
- Romano H, Crocq L. Événements traumatiques et médias : quelles répercussions pour les sujets impliqués ? Annales Medico-Psychologiques 2010;168(6) :416-21
- Romano H. L'enfant face au traumatisme. Dunod ; 2013.
- Salmona M. Lien entre violences, pychotraumatismes et troubles du comportement alimentaire ; 2017.
  Internet:https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/20170519_lien_entre_TCA_et_psychotraumatisme_web.pdf?PHPSESSID=an0c5th4ng1fssuatfqq7lsvl4.
- Santé publique France. Vandentorren S, Sanna A, Aubert L, Pirard P, Motreff Y, Dantchev N et al. Etude de cohorte IMPACTS*.Première étape : juin-octobre 2015. Investigation des Manifestations traumatiques Post-Attentats et de la prise en Charge Thérapeutique et de Soutien des personnes impliquées dans les attentats de janvier 2015 en île-de-France ; 2017.
  Internet :http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2017/Etude-de-cohorte-IMPACTS-.-Premiere-etape-juin-octobre-2015.
- Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, Jordan BK, Rourke KM, Wilson D, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. JAMA 2002; 288(5):581-8.
- Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, Foa EB, Gersons BPR, Resick PA et al. Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? European Journal of Psychotraumatology 2016; 6:28186.Internet:http://dx.doi.org/10.3402/EJPT.v6.28186
- Schuster MA, Stein BD, Jaycox L, Collins RL, Marshall GN, Elliott MN, et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. N Engl J Med 2001;345(20):1507-12.
- Schut H, Stroebe, MS., van den Bout J, Terheggen M.. The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, editors. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care.* Washington, DC US: American Psychological Association 2001:705-37.
- Schut H, Stroebe,MS. Effects of support, counselling and therapy before and after the loss: Can we really help bereaved people? Psychologica Belgica 2010; 50(1-2):89-102.
- Seirmarco G, Neria Y, Insel B, Kiper D, Doruk A, Gross R et al. Religiosity and mental health: Changes in religious beliefs, complicated grief, posttraumatic stress disorder, and major depression following the September 11, 2001 attacks. Psychology of Religion and Spirituality 2012; 4(1),10-18. doi: 10.1037/a0023479
- Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. Psychiatr Serv 2006;57(9):1291-7.
- Silver RC, Holman EA, McIntosh DN, Poulin M, Gil-Rivas V. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. JAMA 2002; 288(10):1235-44.
- Silverman GK, Jacobs SC, Kasl SV, Shear MK, Maciejewski PK, Noaghiul FS, et al. Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. Psychol Med 2000; 30(4):857-62.

- Taïeb O, Baubet T, Pradère J, Lévy K,Revah-Lévy A, Serre G et al. 32 Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. EMC Psychiatrie 2004 ; 1(1) ;23-32.
- TENTS - The European Network for Traumatic Stress. The TENTS Guidelines for psychosocial care following disasters and major incidents; 2008. Internet:https://www.estss.org/uploads/2011/04/TENTS-Full-guidelines.pdf.
- Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. Psychol Bull 2006; 132(6):959-92.
- van der Velden PG, Kleber RJ, Christiaanse B, Gersons BP, Marcelissen FG, Drogendijk AN, et al. The independent predictive value of peritraumatic dissociation for postdisaster intrusions, avoidance reactions, and PTSD symptom severity: a 4-year prospective study. J Trauma Stress 2006; 19(4):493-506.
- Versporten A, Zech E, De Soir E. Etude de l'impact de la catastrophe de Ghislenghien sur l'état de Stress Post-Traumatique et sur la santé de la population; 2006.
- Versporten A, Zech E, De Soir Z, Van Oyen H. Etude de l'impact de la catastrophe de Ghislenghien sur l'état de Stress Post-Traumatique et sur la santé de la population. IPH/EPI Reports nr 2006-025.
  Internet : https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/D_2006_2505_34.pdf.
- Vila G. L'état de stress post-traumatique chez l'enfant 2006 ; 579(3) :93-143, ISSN 0987-7983. Internet : http://dx.doi.org/10.1016/j.jpp.2006.02.003
- Vlahov D, Galea S, Resnick H, Ahern J, Boscarino JA, Bucuvalas M, et al. Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the September 11th terrorist attacks. Am J Epidemiol 2002; 155(11):988-96.
- Walma van der Molen JH, De Pundert O. Children's coping with fear of TV news, (University of Amsterdam, The Netherlands; 2003.
- Walma van der Molen JH, Valkenburg PM, Peeters AL. Television news and fear: A child survey. Communications: EJCR; 2002. p. 303-17.
  Internet:https://www.researchgate.net/publication/249939111_Television_News_and_Fear_A_Child_Survey.
- WHO – World Health Organization. Library Cataloguing-in-Publication Data Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. 1.Stress disorders, Post-traumatic. 2.Social support. 3.War. 4.Relief work. 5.Guideline. I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 150540 6 (NLM classification: WM 172.5) © World Health Organization; 2013.
- Williams JM, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F, Watkins E, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. Psychol Bull 2007; 133(1):122-48.
- Zech E, Arnold C. Attachment and coping with bereavement: Implications for therapeutic interventions with the insecurely attached. In Neimeyer RA, Thornton GF, editors. Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice. New York: Routledge; 2011..
- Zech E, Ryckebosch-Dayez AS, Delespaux E. Improving the efficacy of intervention for bereaved individuals: Toward a process-focused psychotherapeutic perspective. Psychologica Belgica 2010 50(1-2):103-24. doi: 10.5334/pb-50-1-2-103.
- Zech E. The Dual Process Model in grief therapy. In Neimeyer RA, editor. Techniques of grief therapy: Assessment and intervention.New York: Routledge; 2016.

VI BIJLAGE

1. Erkenning als psychotraumatoloog - Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma

Deskundigheid
De deskundigheid van de NtVP-psychotraumatherapeut omvat algemene kennis over psychotrauma, het verrichten van psychodiagnostisch onderzoek, het beoordelen van de resultaten daarvan en het toepassen van psychologische behandelingsmethoden ten aanzien van een persoon met het oog op diens gezondheidstoestand na het meemaken van een of meerdere traumatische gebeurtenissen. Daarnaast heeft hij/zij recente werkervaring in het behandelen van cliënten met psychotrauma en daaraan gerelateerde stoornissen. De Psychotraumatherapeut voldoet aan de vooropleidingseisen met een registratie als gezondheidspsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater.

In het competentieprofiel zijn in hoofdlijnen de volgende eisen opgenomen:

Psychodiagnostiek
De Psychotraumatherapeut NtVP is in staat om normale van verstoorde verwerkingsreacties te onderscheiden.

De Psychotraumatherapeut NtVP heeft kennis van:

- de kenmerken van uiteenlopende traumatische ervaringen;
- de mogelijke gevolgen en de uitingsvormen van de traumatische ervaringen
- de mogelijke samenhang van posttraumatische klachten met andere problematiek op de DSM5 asI en/of asII én de rol van culturele, sociale, leeftijd- en genderaspecten;
- de invloed van cognitieve- en geheugenprocessen op en na traumatische ervaringen en de verstoring van het gevoel van veiligheid op de klachtpresentatie.

Hij besteedt in het diagnostisch proces specifiek aandacht aan het inschatten van de gevolgen voor systeem, werk en omgeving en de wisselwerking tussen trauma en deze gebieden en het inschatten van de risico- en beschermingsfactoren; vraagt tijdens het diagnostische proces met voldoende rust, empathie en begrenzing naar traumatische ervaringen en traumagerelateerde klachten en gaat professioneel om met mogelijke reacties; is in staat om een gevalideerde vragenlijst en een klinisch interview met betrekking tot de diagnostiek van psychotraumaklachten te hanteren; besteedt expliciet aandacht aan de comorbiditeit van PTSS (zoals depressie, overige angststoornissen, dissociatieve stoornissen, verslaving, lichamelijk onverklaarde klachten, persoonlijkheidsstoornissen), differentiaaldiagnose en de interactie met lichamelijke stoornissen.

Indicatiestelling
De Psychotraumatherapeut NtVP is in staat om een diagnose te stellen, een onderbouwde indicatie voor behandeling te stellen en een behandelingsplan op te stellen.

De Psychotraumatherapeut NtVP heeft overzicht over beschikbare specifieke psychologische behandelingsmethoden voor traumagerelateerde stoornissen, alsmede over andere vormen van behandeling, waaronder psychofarmaceutische behandeling; is in staat om in te schatten welke problematiek prioriteit heeft in de behandeling en welke plaats een op verwerking gerichte behandeling inneemt; is op de hoogte van de bestaande evidence en clinical based richtlijnen voor het behandelen van PTSS;geeft uitleg over de behandelmogelijkheden, de te verwachte effecten, resultaten, risico's en bijwerkingen van een behandeling; maakt met de cliënt en/ of het systeem afspraken ter voorbereiding op de behandeling en, indien nodig, om ontregeling te voorkomen; heeft kennis van de sociale kaart met betrekking tot psychotraumazorg en is staat om deze instellingen te consulteren en, indien nodig, cliënten te verwijzen (bijvoorbeeld in crisissituaties of als de cliënt medicatie nodig heeft); heeft oog voor de diversiteit aan doelgroepen (vluchtelingen, beroepsgerelateerde problematiek, slachtoffers huiselijk geweld, etc.).

Behandeling

De Psychotraumatherapeut NtVP voert traumagerichte behandelingen op professionele wijze uit.

De Psychotraumatherapeut NtVP: is in staat om betrokkenen te informeren over normale en verstoorde verwerkingsreacties na een traumatische gebeurtenis door: uitleg te geven over de mogelijke relatie tussen de traumatische gebeurtenis en de symptomen (psycho-educatie); praktische adviezen te geven om minder last te hebben van symptomen; te motiveren voor een traumagerichte behandeling; stabiliserende technieken toe te passen interventies met betrekking tot terugvalpreventie uit te voeren.

Hij beheerst tenminste twee methoden van evidence based therapie met betrekking tot traumagerelateerde stoornissen op een gevorderd niveau en is daarbij in staat in te schatten wanneer een bepaalde traumagerichte behandeling geïndiceerd is of de voorkeur verdient en is in staat om beargumenteerd af te wijken van het standaardprotocol indien onvoldoende vooruitgang wordt geboekt of te verwijzen naar een meer geëigende behandeling, die men zelf niet kan bieden.

Ethische en morele kwesties

De Psychotraumatherapeut NtVP is bekend met morele en ethische dillema's (zoals het "false memory" fenomeen, illegaliteit bij asielzoekers, sociale marginalisatie van trauma slachtoffers (b.v. veteranen, vluchtelingen), culturele fenomenen m.b.t. opvoeding, eerwraak, daderschap, enz.), en weet hiermee zowel in het diagnostische proces als in het behandelproces op een vakkundige manier mee om te gaan.

VII SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experten is beschikbaar op de website van de HGR: wie zijn we?.

Al de experten hebben ***op persoonlijke titel*** aan de werkgroep deelgenomen. Hun algemene belangenverklaringen alsook die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR (belangenconflicten).

De volgende experten hebben hun medewerking en goedkeuring verleend bij het opstellen van het advies. Het voorzitterschap werd waargenomen door **Jacques De Mol** en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie Gérard en Muriel Baltes.

BAL Sarah	Klinishe psychologie	UGent
BLAVIER Adelaïde	Klinishe psychologie	ULg
BRUFFAERTS Ronny	Psychologie	UZLeuven
DE MOL Jacques	Psychologie	ULB
DE SOIR Erik	Crisispsychologie	Koninklijke Militaire School & Koninklijk Hoger Instituut voor Defensie
MORMONT Christian	Klinishe psychologie	ULg
VANDEKERCKHOVE Marie	Klinishe psychologie	VUB
VERMEIREN Etienne	Psychologie	UCLouvain
ZECH Emmanuelle	Klinishe psychologie	UCLouvain

De permanente werkgroep geestelijke gezondheid heeft het advies goedgekeurd. Het voorzitterschap van de permanente werkgroep werd waargenomen door **Jacques De Mol** en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie Gérard en Muriel Baltes.

CAMUT Stéphane	Ergotherapie	ULB Erasme
COMBREZ Geert	Psychologie	UGent
DECONINCK Nicolas	Pediatrische Neurologie	HUDERF
LAMY Dominique	Huisarts	
MAGEROTTE Ghislain	Orthopedagogiek	UMons
MOMMERENCY Gijs	Psychologie	UGent
ROEYERS Herbert	Psychologie	UGent
SABBE Bernard	Psychiatrie	UA
VAN HOOF Elk	Klinishe psychologie	VUB
VAN WEST Dirk	Kinder-en jeugdpsychiatrie	ZNA

De volgende experten hebben een *peer review* van het advies uitgevoerd, maar waren niet betrokken bij de goedkeuring ervan.

DE GUCHT Véronique	Gezondheidspsychologie	Universiteit Leiden
EGGERMONT Gilbert	Stralingsbescherming	VUB
PASSCHIER Wim	Risico-analyse	Maastricht University
SMEESTERS, Patrick	Radiobiologie	UCL, ex-FANC

De volgende administraties/ministeriële kabinetten werden gehoord:

GILLARD Jean-François	Manager psychosocial	FOD Volksgezondheid
FORTUIN Astrid	Manager psychosocial	FOD Volksgezondheid
TSACHOUA Luc		FOD Volksgezondheid

Dit advies werd door een extern vertaalbureau vertaald.

Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van Volksgezondheid en van Leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experten (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten en een Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 30 leden van de pool van benoemde experten). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar info.hgr-css@health.belgium.be.

www.hgr-css.be

Deze publicatie mag niet worden verkocht.

federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**